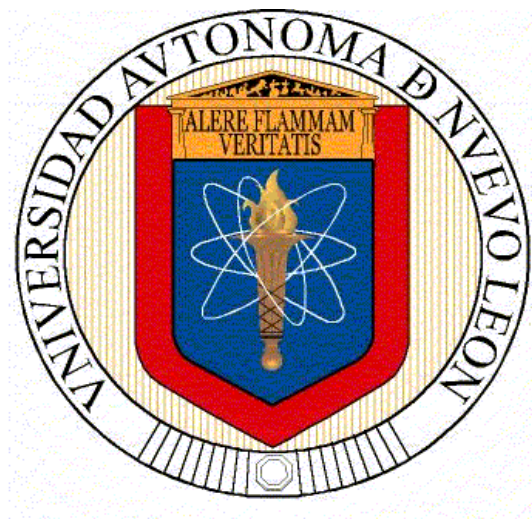


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**



**TESIS**

**“APROXIMACIÓN AL ANÁLISIS DE UN CASO DE HISTERIA  
MASCULINA”**

**PRESENTA: JOSÉ GERÓNIMO SÁENZ RUVALCABA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN CLÍNICA  
PSICOANALÍTICA**

**MONTERREY, NUEVO LEÓN, ENERO DE 2015**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**



**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**  
**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA**

**“APROXIMACIÓN AL ANÁLISIS DE UN CASO DE HISTERIA MASCULINA”**

**PRESENTA: JOSÉ GERÓNIMO SÁENZ RUVALCABA**

**DIRIGE: DR. GUILLERMO VANEGAS ARRAMBIDE**

**MONTERREY, NUEVO LEÓN, ENERO DE 2015**

**Universidad Autónoma de Nuevo León**

**Facultad de Psicología**

**Subdirección de Posgrado**

La presente tesis, titulada “Aproximación al análisis de un caso de histeria masculina”, presentada por el Lic. José Gerónimo Sáenz Ruvalcaba, ha sido aprobada por el comité de tesis formado por el siguiente jurado:

---

Dr. Guillermo Vanegas Arrambide

Director de tesis

---

Mtra. Graciela Navarro González

Revisora de tesis

---

Dr. Alejandro Moreno Martínez

Revisor de tesis

Monterrey, Nuevo León, México. Junio de 2013.

**Dedicatoria**

A mi familia, que apoyan y guiaron a sabiendas y a veces sin saber

Al Dr. Guillermo Vanegas, por el amparo en tiempos de urgencia

A los profesores de la maestría, por abrir nuevos caminos

A los compañeros en el psicoanálisis, por las discusiones teóricas, las dudas clínicas, el hospedaje en su casa (cerca del aeropuerto, en aquel entonces), y, sobre todo, su amistad

A los amigos, aquí y allá, los que se quedaron y los que ya no están

## Resumen

En este escrito se desarrollan tres problemáticas: un caso de histeria masculina, su diagnóstico, y la gradual adquisición de la técnica psicoanalítica en su tratamiento. Las tres —clínica, teoría y método—, no son susceptibles de ser separadas en la práctica, pero a efectos didácticos se desarrollan aparte.

Se muestra a la luz la histeria masculina, se le ejemplifica, y se dilucidan las relaciones que sostiene con las tendencias homosexuales, los fenómenos narcisistas, y las perturbaciones del desempeño sexual. Para ello, se acude a la teoría freudiana clásica, así como su indagación de los fenómenos enlazados con la histeria, para finalmente dar cuenta de su relación con ciertos desarrollos post-freudianos. El estudio de caso construido, a pesar de no ser ni muy extenso ni muy profundo, aporta varias ilustraciones. Finalmente, al tratarse del primer caso que toma el terapeuta, demuestra los inicios de una interiorización del método.

<b>DEDICATORIA</b>	<b>3</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>4</b>
<b><u>CAPÍTULO 1. ANTEPROYECTO</u></b>	<b><u>7</u></b>
1. INTRODUCCIÓN	7
2. ANTECEDENTES	9
3. OBJETIVO GENERAL	14
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
5. SUPUESTOS	15
6. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES	15
6.1 CONTEXTUALES	16
6.2 METODOLÓGICAS	16
6.3 DIAGNÓSTICAS	17
6.4 PERSONALES	18
7. JUSTIFICACIÓN	18
<b><u>CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO</u></b>	<b><u>20</u></b>
1. EXPLICACIÓN DE LA HISTERIA EN FREUD	22
2. FENOMENOLOGÍA ENLAZADA A LA HISTERIA	27
2.1 HOMOSEXUALIDAD	27
2.2 NARCISISMO	30
2.3 ALGUNAS PARTICULARIDADES DE LA VIDA AMOROSA	33
3. LA HISTERIA DESPUÉS DE LACAN	35
<b><u>CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS</u></b>	<b><u>40</u></b>
1. MÉTODO	40
2. MODELO PSICOANALÍTICO	41
2.1 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	41
2.2 DISPOSITIVO ANALÍTICO	41
2.3 ENCUADRE PSICOANALÍTICO	42
2.4 PROCESO ANALÍTICO	42
3 TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	43
3.1 INSTRUMENTOS PARA RECABAR INFORMACIÓN	43
3.2 INSTRUMENTOS DE CONCIENTIZACIÓN	44
<b><u>CAPÍTULO 4. "SI ME DOBLO, ELLA SE MONTA". CONSTRUCCIÓN DE UN CASO DE HISTERIA MASCULINA</u></b>	<b><u>45</u></b>
1. HISTORIAL CLÍNICO	45
1.1 MOTIVO DE CONSULTA	45
1.2 DEMANDA DE TRATAMIENTO	46
1.3 SINTOMATOLOGÍA ACTUAL	47
1.4 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	48
2. ESTRUCTURA SUBJETIVA	50
2.1 CONTEXTO FAMILIAR	50
2.2 FIGURAS SIGNIFICATIVAS	51
2.3 ESTRUCTURACIÓN EDÍPICA	53
2.4 EVENTOS TRAUMÁTICOS	54
3. CONSTRUCCIÓN DE CASO	54

3.1 PRIMERA ENTREVISTA	54
3.2 DESARROLLO DE CIERTAS PROBLEMÁTICAS A LO LARGO DEL TRATAMIENTO	60
3.3 PRIMERA PROBLEMÁTICA: LA FAMILIA	62
3.4 SEGUNDA PROBLEMÁTICA: LA PAREJA	67
3.5 TERCERA PROBLEMÁTICA: TENTATIVAS HOMOSEXUALES	76
3.6 ALGUNAS CARACTERÍSTICAS NARCISISTAS MÁS	84
3.7 SOBRE LA SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO	85
4. SÍNTESIS	89
<b>CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN</b>	<b>92</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>95</b>

## Capítulo 1. Anteproyecto

### 1. Introducción

Iniciar la formación psicoanalítica en una maestría formal tiene sus ventajas y sus desventajas. En el orden de estas últimas, suele recordarse incesantemente que el devenir de un psicoanalista no pasa por las instituciones; que no se puede calificar y poner en una boleta; que no se reduce, en fin, a un título. Sin embargo, ¿quién acaso pretende que lo haga? Acerca de las ventajas: le proporciona una mayor difusión al método, para el tipo de aspirantes que no tendrían un contacto inicial con el psicoanálisis de otra forma; implica al psicoanálisis, necesariamente, en el diálogo con las tantas otras disciplinas que sí pasan por las instituciones; finalmente, da la posibilidad de concretar la educación adoptada, tanto en lo académico como en lo clínico, por medio de un estudio de caso.

Este escrito es uno de esos, o al menos aspira a serlo. A través de sus páginas se cristalizan tres corrientes: el afán por apropiarse de la teoría, la ordalía de aprender a hacer psicoanálisis, y el empeño terapéutico con un paciente. No todas van a la par, sobresaliendo en momentos alguna, en momentos otra. Una cuarta debiese estar presente, aunque silenciosa: el análisis propio. Si estos cuatro movimientos logran un encuentro lo suficientemente bueno, es porque quien esto escribe sabe que un afán académico de este talante es una parada en el camino, no la terminal. La formación psicoanalítica prosigue, pasando por otros lugares y otros momentos. Lo que a las dilucidaciones de los procesos analíticos aquí descritos les falte en pericia y profundidad, se espera sea compensado por el entusiasmo y la candidez de su exposición.



Reformular el trayecto recorrido con un paciente confronta al clínico con su práctica; arroja luz donde antes no la había, pero ilumina aciertos tanto como errores. Reaviva en cierta manera las brasas de la alianza terapéutica, si el tratamiento no continúa; retoma los símbolos, las vivencias, los afectos, y los reorganiza. Lo pone a uno a reflexionar, pues, sobre lo peculiar de dedicarse al psicoanálisis. El psicoanalista forja uno de los vínculos más singulares posibles, prefigurado en épocas pasadas pero inigualado en el presente, y opera a la par del analizado con la, digamos, sustancia misma de la subjetividad.

No se trata de una travesía sencilla, ni mucho menos terminable en su totalidad. Siempre falta algo. Aún así, se continúa con el andar, pues es lo propio del deseo. Es lo propio de lo humano.

Pero en algún momento se inicia. Para quien esto escribe, el comienzo de la formación es la Maestría en Psicología con Orientación Psicoanalítica. Ahí fue su primer encuentro serio con la materia; de ahí es que inició el sendero de un análisis; ahí, en fin, fue que trató a su primer paciente, en la U.S.P. Se expone, en este trabajo, la aproximación al análisis de dicho paciente.

Se emprende el estudio de caso de, ante todo, un sujeto: Diego N., de 20 años, estudiante de psicología. Diego acude, en primería instancia, por requisito institucional —lo cual plantea un límite importante. Por lo demás, padece de ciertas inhibiciones y patrones de interacción sintomáticos que llevan a suponer una estructura histérica. Problemática difícil, ya que pocos trabajos se dedican con exclusividad a la histeria masculina, prefiriendo tomar a los viejos estandartes del psicoanálisis: las Doras, las Annas O. y las Elizabeths Von R. de la historia. Provoca más angustia, quizás, acercar el filo de la castración y sus avatares histéricos tan cerca del así llamado sexo fuerte.

## 2. Antecedentes

Uno se tropieza, en vías a exponer el estado del arte pertinente a la histeria, con el obstáculo contundente de su nombre a lo largo de los siglos. ¿Es coherente, acaso, suponer que aquello que se denomina histeria hoy en día equivale a lo que se le consideró así en épocas pasadas? ¿Y, a la inversa, que la aflicción así llamada en otros siglos corresponda a la que en concierne al presente?

En un intento por aclarar esta problemática y desplegar el desarrollo inicial de esta versátil afección, resulta útil acudir al modelo desarrollado por José Ingenieros en su libro *Los Accidentes Históricos* (1904). Al parecer del psiquiatra bonaerense, contemporáneo de Sigmund Freud, en la historia de la “gran neurosis” se distinguen tres períodos:

1. Florecimiento de dos concepciones empíricas; a saber, la uterina y la demoníaca.
2. La localización de la enfermedad en el sistema nervioso, y su estudio completo.
3. Búsqueda de la interpretación y patogenia de los fenómenos observados, y las diversas teorías psicológicas y fisiológicas subsecuentes.

Estos tres períodos preparan el terreno para la perspectiva psicoanalítica que concierne a esta época; aclarando un poco el sendero que ha tomado esta clasificación patológica, se podrá discursar sobre su realidad actual con mayor seguridad.

Ahora bien, en cuanto al primer período se refiere, ¿vale la pena desenterrar desde la más clásica antigüedad las teorías iniciales de este milenarismo padecimiento? Parece que todo lo pronunciable al respecto, dicho está; que ahondar en concepciones arcaicas y obsoletas no agregará nada a un estudio psicoanalítico. Sin embargo, no se trata de desenterrar cosmologías anticuadas, desmentidas hace siglos: no discursa uno sobre átomos y geocentrismos, es decir, no

se trata de fenómenos naturales. Algo hay de notable en que el fenómeno humano denominado ‘histeria’ —a pesar de que sus características y su etiología se hayan reconsiderado extensamente— sea heredado desde hace tanto tiempo. Vale la pena recordar que, mientras Jean-Martin Charcot la hipnotizaba y Sigmund Freud le tomaba nota, esta clasificación patológica ya llevaba más de veinte siglos en existencia.

Sin afán de agotar las referencias, o presentar un resumen exhaustivo al respecto, observemos algunos autores paradigmáticos a lo largo de las tres primeras etapas de la histeria. Para los griegos antiguos, por ejemplo, se trataba de una enfermedad exclusiva del sexo femenino. En el Corpus Hipocrático (alrededor del siglo V A. C.), se supone propia fundamentalmente de las mujeres que no tienen comercio sexual alguno. Debido a tal falta, su matriz se encuentra “más suelta”, “vacía”, y “debido a la fatiga, se desplaza [...], se mueve y va hacia arriba al encuentro del fluido, pues por efecto del esfuerzo, se ha secado más de lo conveniente. El hígado está lleno de fluido, y cuando la matriz se proyecta hacia él, se producen sofocos de repente”.

Evidente resulta hoy en día que tal fundamentación física yerra monumentalmente; sin embargo, el precedente es colocado de una vez y para siempre: el útero, *hystéra*, se pasea por el cuerpo y provoca ahogos. Este órgano procreador, impaciente ante la ausencia de su fruto, se moviliza e induce los síntomas físicos —y difusos— de la primera gran neurosis. Sobre este plano biológico impreciso, y en este contexto histórico-cultural, se dibuja la explicación a síntomas que no son de otra manera explicables; se les agrupa y se les otorga la base para su nombre: condición del útero.

Consecuentemente, ¿qué ocurría con los hombres que presentaban sintomatología equivalente? La mirada médica de aquel entonces no podía más que ignorarles. En palabras de

José Ingenieros: “Poco ó mal conocida la histeria masculina, justo fue conferirle al bello sexo el monopolio de la neurosis”.

Aunada al origen uterino de la enfermedad, la posesión demoniaca reaparece a lo largo de un milenio y medio como la otra gran posible causa, según la cultura de religiosidad imperante en cada siglo y región. De esta forma, en la Edad Media solían atribuirse perturbaciones espirituales más que orgánicas, y su remedio pertenecía más a la teología que a la medicina.

El exorcismo de la histeria se efectuó paulatinamente, a partir del Renacimiento. El “Hipócrates Inglés”, Thomas Sydenham, ejemplifica el pasaje del primer al segundo tiempo en la cronología de la histeria. Sydenham imputaba la afección histérica al desorden de los “espíritus animales”, los agentes mediadores entre el cuerpo y la mente, aquellos que en su Tratado sobre la Gota (1638) denomina “principales instrumentos de la digestión”. Dichos espíritus podían verse afectados por cualquier perturbación anímica; la irregularidad humoral subsecuente provocaba vapores, y estos eran capaces de fijarse a cualquier órgano, imitando las dolencias propias a su alteración. De ahí la naturaleza camaleónica de la histeria, que podía imitar todo otro tipo de dolencia.

De acuerdo con la experiencia de Sydenham, la prevalencia de la histeria es distinta: aflige tanto a hombres como mujeres. En efecto, al deslindarse de la etiología uterina, Sydenham considera al varón como posible histérico; sin embargo, lo categoriza indistintamente de igual manera como ‘hipocondríaco’. En esta época, previa a la psiquiatría, las dolencias del alma se encuentran indiferenciadas, merced a paradigmas epistémicos totalmente distintos a los actuales, y conviven en un mismo plano patológico lo que después se llamará histeria, hipocondría, melancolía, manía, furia, etc.

Hará falta que el siglo de las luces engendre los inicios de la medicina moderna, establecida bajo el imperio de la razón, para que comiencen a organizarse los síndromes de la perturbación anímica. La histeria surge, en el segundo periodo descrito por Ingenieros, como una aflicción de los nervios; es decir, una dolencia física en un sentido positivista.

Pero, ¿dónde colocarla, exactamente? ¿La médula espinal, el cerebro, el estómago, los pulmones? La búsqueda de la proverbial aguja anímica en el pajar orgánico no merece mayor profundización. Este periodo en la historia de la enfermedad, al avanzar entre sus desatinos, dio lugar a dos concepciones opuestas. La primera responde al llamado positivista: si no existe corpúsculo o lesión que provoque la histeria, entonces se trata de pura y sencilla simulación. La segunda da lugar a la dimensión humana: sí, la histeria existe como patología, pero sus síntomas son psíquicos, no físicos. El padrino indiscutible de esta concepción no es otro que Jean-Martin Charcot, quien en la Salpêtrière hizo desfilar a innumerables histéricas y a algunos histéricos.

Con Charcot se llega al último periodo de la cronología de la histeria, según Ingenieros, cuando se le denomina a esta última una “enfermedad por representación”. Algo muy similar declararán Sigmund Freud y Joseph Breuer en la Comunicación Preliminar a sus Estudios sobre la Histeria (1893): “El histérico padece, por la mayor parte, de reminiscencias”. Inicia el fin de la época en que se busca la cura por medio de fricciones de vulva y lavados vaginales; fiel a esta nueva etiología inmediata, se inaugura el primado de la hipnosis y la sugestión.

No obstante, a pesar que la histeria se ha cristalizado como una patología psíquica en pleno derecho, y que se haya comprobado su ocasionamiento inmediato por las vivencias, sus últimas causas continúan debatiéndose: ¿herencia, degeneración, o qué misterio de la naturaleza física la predetermina? Freud y Breuer apuestan al trauma psíquico; para Freud, específicamente, se trata de un trauma de naturaleza sexual. La histeria se erige como defensa

ante el horror del trauma psíquico. Y es aquí donde se separa la interpretación freudiana de toda apreciación pasada.

José Ingenieros no era psicoanalista, ni vivió el suficiente tiempo como para observar los ulteriores desarrollos en la historia de esta clasificación patológica. Sin embargo, suponiendo que la cronología por él marcada se perpetuase hasta nuestros días, no resultaría demasiado ilegítimo completarla de la siguiente manera:

4. Teoría psicoanalítica clásica de la conversión por represión.
5. Por un lado, el desgajamiento de la histeria como trastorno mental para los psiquiatras; por otro, la teoría estructural de la histeria según el psicoanálisis contemporáneo.

Por lo que al cuarto momento respecta, Sigmund Freud le otorga un lugar muy específico a todos los fenómenos conversivos de la histeria, y a la par que sus coetáneos psiquiatras comienza a distinguirla minuciosamente de tantas otras neurosis y psicosis. Empero, conforme avanza el siglo XX, la Asociación Psiquiátrica Americana descompone el diagnóstico de histeria en un Trastorno por Conversión, un Trastorno Disociativo, otro Trastorno de la Personalidad Histriónico... etcétera. A la vez, en un campo esencialmente distinto, las teorías psicoanalíticas post-freudianas le dan un giro radical a la concepción de la histeria, y de la neurosis en general, para reinterpretarla como la estructura subjetiva común a la norma, más que una enfermedad inusual; sus manifestaciones advienen bajo jurisdicción de los fenómenos interpersonales. Con la salvedad de que estos dos últimos periodos, y el tránsito de uno al otro, se analizarán con mayor profundidad en el capítulo segundo, consideremos que así finaliza, a muy grandes rasgos, el recorrido histórico de la histeria.

Ahora bien, si se considera aquello llamado histeria en un primer, segundo o tercer periodo, y se afirma que se trata del mismo fenómeno, ¿se erraría? La respuesta es que, a pesar de que las etiologías varíen, probablemente no se yerre en exageración al decir que se trata de cuadros clínicos prácticamente equivalentes. Y el quinto periodo, la teoría freudiana, ¿corresponde aproximadamente a las concepciones anteriores? De nuevo la respuesta es, con los matices y cautelas apropiados, la misma. ¿Pero es posible asumir que, en psicoanálisis, del cuarto al quinto momento el cambio no es de naturaleza sustancial? Se trata de una pregunta que, más allá de ser susceptible de una respuesta sencilla, remite a cuestionar qué se mantiene entre la histeria freudiana y post-freudiana, y qué se pierde.

Suponer que Freud, al teorizar sobre la histeria, nos ha enseñado a tratar con lo que hoy se considera una estructura histérica, es lo suficientemente cierto. Pero afirmar que Freud ya hablaba de estructuras intersubjetivas es leer el psicoanálisis al revés. Se mantendrá la cuestión en suspenso mientras analizamos este caso que denominaremos, de entrada, un caso de histeria masculina, y comparemos con la teoría, en base a la clínica, si se sostiene mantener el diagnóstico para discurrir sobre sus variados síntomas y peculiaridades.

### **3. Objetivo General**

Analizar la sintomatología y los patrones interpersonales distintivos en un caso de histeria masculina.

### **4. Objetivos Específicos**

- 1) Analizar el discurso del paciente, y comprobar si se sostiene el categorizarlo como una histeria.

- 2) Analizar la fenomenología narcisista en este caso específico, así como su incidencia en la sintomatología.
- 3) De haberlos, analizar los movimientos psíquicos del paciente.
- 4) Correlacionar estos tres análisis con la adopción del método psicoanalítico por parte del terapeuta.

## **5. Supuestos**

Se toman como supuestos los principales axiomas del psicoanálisis. El sujeto se encuentra escindido entre consciente e inconsciente; este inconsciente retorna a su vida consciente en la forma de síntomas, inhibiciones y repeticiones cuyas justificaciones racionales no cubren su complejidad e intensidad. Aquello inconsciente es lo que el individuo reprime; es decir, lo que le provocaría displacer tal que es desalojado de la consciencia de antemano. Lo reprimido es, primordialmente, los accidentes de la sexualidad infantil. El retorno de lo reprimido es, al mismo tiempo, satisfacción de ese deseo infantil reprimido, por un lado, y producto de la defensa a su concientización.

Esta fantasmagoría inconsciente es susceptible de ser indagada por medio del método psicoanalítico.

## **6. Limitaciones y Delimitaciones**

El presente estudio de caso padece de dos limitantes principales: la corta duración del tratamiento, y la inexperiencia de quien estuvo a cargo de tratarlo. Sobre la primera, poco puede hacerse; en cuanto a la última, es susceptible de tornarse ventaja en tanto que permite ahondar



en la adquisición inicial de la metodología psicoanalítica para un principiante. En términos más específicos, a continuación se describen las limitaciones y delimitaciones según su categoría.

### **6.1 Contextuales**

El caso aquí estudiado se atendió en la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la U.A.N.L., y por lo tanto se encuentra limitado por ese contexto institucional. Esto implica un atravesamiento en distintos niveles: en primer lugar, el paciente hubo de cruzar el departamento de pre-consulta antes de que se le asignara un terapeuta; en segundo lugar, las cuotas las pagaba a la institución, con el terapeuta como medio de recepción del efectivo y emisor de los recibos. Por otro lado, el paciente mismo era un estudiante de la facultad: se encontraba ampliamente familiarizado con el personal que ahí atendía. Esto implicaba una cierta cualidad de ‘comunidad’, de ‘conocerse entre sí’ que constantemente se presentaba en su discurso.

### **6.2 Metodológicas**

Tal cualidad de ‘saber quién es quién’, vigente en una clínica de formación como la U.S.P., depara otra serie de dificultades para la exposición del caso. La necesidad de guardar el secreto profesional, y por lo tanto de modificar suficientes detalles de la narrativa para impedir que la ética del tratamiento se vea comprometida, se tropieza con el hecho de que si se omite la ocupación del paciente se pierde la gran incidencia que ésta tuvo en su discurso y sus conflictos. La cualidad de comunidad de la U.S.P., sin embargo, también funciona aquí como ventaja: el tiempo necesario ha transcurrido para que sean otras las personas que laboran ahí, y que el caso se torne prácticamente irreconocible.

Este dilema, inherente a la metodología de la exposición de un caso, ha aquejado al psicoanálisis desde sus inicios. Pero para hacer eco a las palabras de Freud, en el caso Dora (1905): “Como es natural, no he conservado ningún nombre que pudiera poner sobre la pista a un lector ajeno a los círculos médicos; por lo demás, la publicación en una revista especializada, estrictamente científica, servirá como protección...”. Todo nombre en esta exposición ha sido reemplazado, y su justo lugar y contexto como un estudio psicoanalítico de postgrado son garantía suficiente para conservar el secreto profesional.

### **6.3 Diagnósticas**

Más complejo de saldar resulta otro gran dilema psicoanalítico: el del diagnóstico. Durante las primeras tentativas del desarrollo de este caso, la conflictiva narcisista del paciente, teorizada desde la metapsicología freudiana de Introducción del Narcisismo, ocupaba un primer plano. Sin embargo, resultaba obvio que tal enfoque pecaba de ser puramente descriptivo; asimismo, la reflexión clínica consecuente se marginaba a una pura apreciación fenomenológica. Hoy en día, para hacer psicoanálisis es necesario recurrir a las teorías postfreudianas de la intersubjetividad, aunque sea de manera en lo fundamental heurística. Sin embargo, como fue referido en los antecedentes, existe al parecer del autor de este estudio una brecha entre la concepción freudiana clásica y la teorización posterior. Su articulación, aunque posible, es altamente problemática, y no será emprendida más que de forma mínima en el marco teórico.

El presente estudio se limita, de entrada, a considerar que se trata de un caso de histeria masculina, en cuanto a lo explicativo se refiere, pero cuyas manifestaciones sintomatológicas se describen en términos narcisistas. Será la tarea de la explicación teórica del historial, en la

construcción de caso, y de la discusión final, justificar el por qué de esta consideración preliminar.

#### **6.4 Personales**

Finalmente, la intervención a lo largo del proceso se delimitó por tratarse del primer paciente que el analista en formación atendía. En este sentido, toda injerencia era tentativa; apenas la aplicación inicial de los principios metodológicos del psicoanálisis, y por lo tanto se apoyaba fuertemente en la supervisión. El historial del tratamiento está ligado indisolublemente al historial de aprendizaje del analista en formación.

### **7. Justificación**

En tanto constituye, para un analista en formación, su primer acercamiento al tratamiento de un paciente, el presente estudio puede revelar ciertas características sobre la adquisición de una técnica con enfoque psicoanalítico. Se trata de un proceso arduo y prolongado, el llegar a constituir una práctica psicoanalítica; documentar los primeros pasos, por más errados y limitados que estos sean, es de interés tanto personal como institucional.

En cuanto al material del caso se refiere, son múltiples y repetitivos los trabajos sobre histeria femenina, pero considerablemente menos aquellos que tratan con los avatares de la histeria en hombres. Si tomamos en consideración a un varón y a una mujer histéricos, comprendemos que ambos comparten una misma estructura de economía libidinal; aún así, como Freud señaló, la “anatomía es destino”. Sus manifestaciones serán necesariamente distintas; más allá de una concepción tradicional del género, las implicaciones socioculturales de

pertenecer a uno u otro son contundentes. ¿Qué hay de distinto y único en la histeria masculina, si es que lo hay?

De igual manera, no es demasiado extensa la literatura que articula los vínculos entre el narcisismo secundario y la histeria masculina. ¿Se trata de una tendencia, o tan sólo de un accidente propio a algunos casos? Resulta interesante, asimismo, analizar la manifestación del narcisismo secundario clásico, sobre la supuesta alienación narcisista imperante en nuestra época postmoderna.

## Capítulo 2. Marco Teórico

Algo se ha puntualizado, en la sección 4 del capítulo anterior, acerca de la trayectoria pre-psicoanalítica del fenómeno humano denominado histeria. Para sintetizar e introducir su recorrido psicoanalítico, acudamos a la definición del Diccionario de Psicoanálisis, compuesto por Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis, y usamos cada uno de los tres párrafos para agregar algunas observaciones pertinentes.

*1) Clase de neurosis que posee cuadros clínicos muy variados. Las dos formas sintomatológicas mejor aisladas son la histeria de conversión, en la cual el conflicto psíquico se simboliza en los más diversos síntomas corporales, paroxísticos (ejemplo: crisis emocional con teatralidad) o duraderos (ejemplo: anestесias, parálisis histéricas, sensación de “bolo” faríngeo, etc.), y la histeria de angustia, en la cual la angustia se halla fijada de forma más o menos estable a un determinado objeto exterior (fobias) (p.171).*

Es decir, fue tarea de Sigmund Freud el aislar lo particular a esta neurosis y a sus formas sintomatológicas principales: la conversión y la fobia. No se trata de un sendero sin accidentes, o desprovisto de historicidad: la inclinación proteica de la histeria no permite teorizaciones fáciles y allanadas, inclusive a partir del descubrimiento del inconsciente. Basta hojear el Diccionario de Psicoanálisis para rememorar la variedad que hubo de conceptualizar — hipnoide, de defensa, de retención—, y que terminó por desvanecerse o asimilarse a los dos cuadros arriba mencionados. La etiología y sus mecanismos, de igual manera, no transitron sin reforma hasta arribar a las últimas concepciones freudianas. Dicho sea de paso, en este escrito

no se ahondará en la segunda forma sintomatológica, la histeria de angustia, debido a que no es del todo relevante al estudio de caso.

*2) En la medida en que Freud descubrió en la histeria de conversión rasgos etiopatogénicos fundamentales, el psicoanálisis [posterior] logró relacionar con una misma estructura histérica diversos cuadros clínicos que se traducen en la organización de la personalidad y el modo de existencia, incluso en la ausencia de síntomas fóbicos y de conversiones manifiestas (p.171).*

Resulta indudable que este logro ulterior del psicoanálisis lo prefiguraron —y permitieron— las indagaciones freudianas a las determinantes inconscientes detrás de la sintomatología histérica. Esto no significa, no obstante, que Sigmund Freud haya explicitado resolutamente la naturaleza eminentemente interpersonal de esta neurosis. Aún así, la preconizó ampliamente. Como hito, un pasaje de su 28ª Conferencia de Introducción al Psicoanálisis, en el cual otorga la máxima de que “La diferencia entre la salud nerviosa y la neurosis se circunscribe, pues, a lo práctico, [...] y es de índole cuantitativa, no cualitativa” (1917/ 2007, p. 416). Si en el fondo la mayoría de las personas somos, hasta cierto grado, neuróticas, hace falta sólo una vasta revisión del corpus psicoanalítico para identificar de manera íntegra estos “rasgos etiopatogénicos fundamentales”; localizados los núcleos patógenos en el campo de lo intersubjetivo, se extiende la pertinencia de la histeria a todo el género humano. Aunque no el único, el principal autor de esta exégesis fue un tal Jaques Lacan; psicoanalista polémico al cual, debido a las naturaleza enrevesada de su obra, y a las limitantes de quien esto documenta, no indagaremos más que por medio de sus sucesores.

*3) La especificidad de la histeria se busca en el predominio de cierto tipo de identificación, de ciertos mecanismos (especialmente la represión, a menudo manifiesta)*

*y en el afloramiento del complejo edípico que se desarrolla principalmente en los registros libidinales fálico y oral (p.171).*

Existe, pues, cierta especificidad a la histeria, según la concepción psicoanalítica contemporánea, la cual la separa de otras subjetividades no neuróticas y la distingue como neurosis. Tal particularidad, sin embargo, se teoriza en términos un tanto dispersos, sobre todo si uno se apoya solamente en las nociones clásicas. Es de esperarse: incluso entonces los cuadros clínicos de toda afección psíquica se encontraban en proceso de diferenciación conceptual. Y es que estas categorías psíquicas, desde su inicio, nunca han sido objetos rígidos y diacrónicamente estáticos, sino que son atravesados consistentemente por la historia de quien les teoriza y sobre quiénes se teoriza.

Se destilan de la definición de Laplanche y Pontalis, en consecuencia, tres hitos teóricos-históricos principales: Sigmund Freud se encargó de descifrar los mecanismos principales de una afección difusa conocida entonces como histeria; de igual manera, describió y explicó varios mecanismos neuróticos que, se alcanza a colegir actualmente, son susceptibles de presentarse en la histeria e incluso serle patognomónicos; finalmente, desarrollos conjeturales y clínicos posteriores han permitido percibir la naturaleza fundamentalmente interpersonal de la histeria, y por ende su difundida incidencia en lo humano. Siguiendo el enfoque, donde sea posible, del caso de la histeria masculina, se indagará a continuación la fundamentación de cada una de estas cuestiones, con un apoyo en su desarrollo histórico.

## **1. Explicación de la histeria en Freud**

En aras de comprender y solucionar la histeria decimonónica aludida en los antecedentes, Joseph Breuer y Sigmund Freud se dedicaron a estudiar la provocación traumática

de toda su florida patología. Breuer introduce, en la Comunicación Preliminar de 1893, aquello denominado “estado hipnoide”: una suerte de vacío en la conciencia que era ocupado por el cuerpo extraño del trauma (1893/2006, pp. 37-38). El trauma retornaba trastocado, bajo el disfraz de un ataque histérico o una conversión. El punto clave de esta primera concepción yace en la conciencia escindida, y en el carácter puramente accidental del trauma —de ahí lo multifacético de la histeria.

A los pocos años, Freud se deslinda de los estados hipnoides y se centra, más bien, en la defensa al trauma como raíz de la histeria. En su texto *Nuevas Puntualizaciones sobre las Neuropsicosis de Defensa* (1896/2005), define a la “pasividad sexual en periodos presexuales” como la condición específica de la histeria (p.164). Dicho de otro modo, el trauma tuvo que ser de índole sexual y hubo de ocurrir durante la primera infancia. De ahí se desaloja de la conciencia por medio de la represión, pero aún así induce efectos cuando una ocurrencia susceptible de asociársele es presentada. A partir de tal evento se formará una representación substitutiva, extraña, conocida como síntoma histérico. Habiendo sufrido la sexualidad de manera prematura, la persona deviene histérica.

Esta teoría del trauma sexual infantil, o teoría de la seducción, fue abandonada al poco tiempo de ser enunciada. Un año después, en la carta 69 a su colega Wilhelm Fliess, Freud declara: “ya no creo más en mi ‘neurótica’” (1897/2005m, p. 301).

Freud se encuentra en vías a su siguiente gran descubrimiento: la sexualidad infantil; no necesariamente pasiva e infligida de adulto a infante, sino como fuerza activa y enigmática proveniente del infante mismo. Ésta se conjuga con su otra gran conquista de la época, la determinación inconsciente de los sueños, para permitirle a Freud una apreciación mucho más fructífera de la histeria. Ya al exponer el tratamiento de Dora (1905/2005) indica



categoricamente: “Yo llamaría ‘histérica’, sin vacilar, a toda persona, sea o no capaz de producir síntomas somáticos, en quien una ocasión de excitación sexual provoca predominante o exclusivamente sentimientos de displacer” (p.27). Aquí no se trata de etiología, aún, pero sí de una avanzada delimitación.

¿Qué determina, pues, el fraguado de los síntomas e inhibiciones en esta neurosis? Nada sencillo. En *Apreciaciones Generales sobre el Ataque Histérico* (1909/2006), el padre del psicoanálisis retoma una noción desarrollada desde el caso Dora y la Interpretación de los Sueños: “El ataque se vuelve incomprensible por el hecho de que en un mismo material se figuran a la vez distintas fantasías, por vía de *condensación*” (p. 207). Es decir, el síntoma histérico opera con los mismos recursos que el sueño. Y estas fantasías, ¿en qué consisten?

“El síntoma histérico corresponde al retorno de una modalidad de la satisfacción sexual que fue real en la vida infantil y que desde entonces fue reprimida”, habría expuesto un año antes Freud, en *Las Fantasías Histéricas y su Relación con la Bisexualidad* (1908/2006, p. 145). Es la fuerza necesariamente traumática de la sexualidad infantil la última etiología de la histeria; pero sus síntomas no se reducen a ella. Del mismo texto: “El síntoma histérico nace como un compromiso entre dos mociones pulsionales o afectivas opuestas, una de las cuales se empeña en expresar una pulsión parcial [...], mientras que la otra se empeña en sofocarlos” (1908/2006, p. 145). Es la pugna por la satisfacción; o, como diría Freud anteriormente, es la defensa.

En este paraje del sendero teórico-clínico, se reconoce que es la fuerza del deseo incumplido, y de la fantasía inconsciente excedente, la que vivifica las manifestaciones sintomáticas. Asimismo, los sueños diurnos son los dignatarios más habituales de esta fuerza pulsionante; los sueños nocturnos, sus comisionados encubiertos.

A propósito de la naturaleza de tales fantasías, el padre del psicoanálisis agrega en su artículo, de forma tentativa, una proposición más: “Un síntoma histérico es la expresión de una fantasía sexual inconsciente masculina, por una parte, y femenina, por la otra” (1908/2006, p. 146). O sea, el síntoma histérico condensa no sólo la fantasía usual a la orientación sexual del aquejado o aquejada, sino que también la fantasía de la orientación sexual opuesta. En otras palabras, un hombre histérico puede rumiarse la fantasía inconsciente heterosexual, con una mujer como objeto, pero de igual manera se representa la fantasía inversa, con el varón como objeto. Y ambas coinciden, como una puesta en escena donde existe un solo actor pero dos papeles.

Freud no retoma estas aclaraciones —no, al menos, con el mismo lenguaje—, y habrá de transcurrir mucho tiempo para que la influencia Fliessana de la bisexualidad se disipe y dé lugar a otras conjeturas. El acertijo pronunciado en el artículo anterior, sin embargo, se mantiene: ¿son siempre bisexuales, las fantasías inconscientes histéricas? La pieza faltante del rompecabezas —o, más bien, la pieza que revoluciona al rompecabezas—, se proporciona más tarde.

Trece años después, Freud dedica la penetrante escucha del psicoanálisis a un fenómeno transindividual: la actitud irracional de las masas. Lo relevante para la histeria en su texto *Psicología de las Masas y Análisis del Yo* se traza de paso en el capítulo VII, dedicado a la identificación. Cabe recordar que la identificación es “la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona” (1921/2006, p. 99); esto vale para todo ser humano. Es ambivalente: puede ir y venir de la ternura a la hostilidad pues, al tratarse de una expresión libidinal oral, al anhelar devora.

Con los síntomas neuróticos —y, en el texto, todos los ejemplos que Freud traza son predominantemente histéricos—, la identificación procede mediante tres vías posibles. La primera consiste en identificarse, así como el complejo de Edipo supone, con aquella persona que recibe el amor del objeto amado; en el caso del síntoma neurótico, la identificación no es integral, sino que se limita rasgos parciales del otro yo. La ilustración en este caso es una niña que adopta la tos atormentadora de su madre; al ponerse en su lugar, hereda su sufrimiento. La segunda vía separémosla para más adelante, y saquemos de paso a la tercera especificando que se trata de una “infección psíquica”. Similar a la primera, esta última no se desencadena porque se ama al yo “copiado”, pero aún así el yo “identificante” encuentra analogía con el yo identificado, y se apropia de su síntoma. De este modo se produce, a muy pequeña escala, lo que suele denominarse una “histeria masiva”.

La segunda vía es la viene a interés: el histérico es capaz de identificarse con el objeto amado. En palabras de Freud: “La identificación reemplaza a la elección de objeto; la elección de objeto ha regresado hasta la identificación” (1921/2006, p. 100). Esto se debe al hecho ya mencionado de que la identificación es el primer lazo afectivo en el ser humano; es posible, pues, que un paciente histérico resigne la elección de objeto para volver al estadio previo de la identificación, tomando para sí rasgos parciales del ser amado. Lo incorpora pero, a la vez, es como si lo devorase.

Esto explica como, en su fantasía inconsciente, el histérico puede bien tomar el papel del hombre o el papel de la mujer. Más que tratarse de una cualidad bisexual inherente a toda fantasía histérica inconsciente, es un producto de la identificación histérica. ¿Puede así, en este sentido, un neurótico presentar tendencias homosexuales, a manera de síntoma?

La homosexualidad y la regresión desde la elección de objeto hacia la identificación: dos fenómenos articulados entre sí, íntimamente ligados a la histeria, pero no exclusivos a ella. En consecuencia, a pesar de que se ha arribado a estos primeros por medio del cuestionamiento psicoanalítico de la histeria, es necesario a partir de aquí referirse a obras de Freud que en poco se relacionan. Son estos fenómenos dos de aquellos “cuadros clínicos que se traducen en la organización de la personalidad y el modo de existencia”, aludidos por Laplanche y Pontalis, pero al fin y al cabo desarrollados abundantemente por el padre del psicoanálisis antes de la era de sus legatarios.

## **2. Fenomenología enlazada a la histeria**

En vía a articular de la mejor manera disponible el pasaje de la histeria según Freud a la concepción post-freudiana, y preparar así el terreno para servirnos de las clarificaciones tanto de una época como de la otra, resulta útil acudir a las elucidaciones metapsicológicas de la homosexualidad, de la regresión a la identificación, y algunos otros fenómenos más ocasionalmente relacionados a la histeria.

### **2.1 Homosexualidad**

En cuanto al primer tema, ninguna revisión teórica es digna de nombrarse psicoanalítica si no hace referencia, en primer lugar, a los Tres Ensayos de Teoría Sexual. En el primero de estos ensayos, publicados en 1905, Sigmund Freud introduce los conceptos necesarios para delimitar con claridad la fenomenología de lo que en aquél entonces se denominaba como “aberraciones sexuales”. El primer concepto es el de objeto sexual; o sea, “la persona de la que parte la atracción sexual”. El segundo es el de meta sexual; en sus palabras, “la acción a la cual

se esfuerza la pulsión”. (1905/2006, p. 123). Cuando una persona se desvía en cualquiera de estas dos áreas, se le denomina perversa.

Para contextualizar un poco la visión psiquiátrica ante la cual Freud discursa, habrá que servirse de una excelente biografía freudiana, “Sigmund Freud. El Siglo del Psicoanálisis”, en la cual Emilio Rodríguez resume la concepción de aquella época sobre las perversiones de la siguiente manera: “el patrón que mide toda perversión es el coito heterosexual. La perversión es definida como la actividad erótica que no termina en cópula, en un lugar y momento determinados” (1996, p. 476). Freud, finalmente y a pesar de todo, era un hombre de su tiempo: parece que a la vez refuta y se adhiere a esta concepción.

Es así como explica, en el primer ensayo, que no obstante el hecho de que “entre pulsión y objeto sexual no hay sino una soldadura” (1905/ 206, p. 143), “Si la perversión no se presenta *junto a* lo normal (meta y objeto), [...] consideramos legítimo casi siempre juzgarla como un síntoma patológico” (pp. 146-147). Freud le abre la puerta a ciertas perversiones en el placer preliminar, donde se reavivan como refugiadas todas las pulsiones parciales de la sexualidad polimorfa infantil, pero siempre y cuando se subyuguen al servicio de la manifestación madura del coito vaginal no interrumpido. Al parecer de Rodríguez, la postura de Freud “parte de un saber constituido que no intenta continuar o refutar, sino subvertir”. Si bien se declama la soberanía de la constitución sexual genital, se mantiene el portón abierto para la sexualidad parcial y multifacética del niño.

Ahora bien, la inversión sexual, como se le designaba a la homosexualidad entonces, es tomada como una perversión aparte, puesto que el cambio de objeto sexual es más total que parcial y la meta sexual que se persigue no es muy distinta a la de la sexualidad no invertida.

Para resumir la argumentación de los Tres Ensayos en cuanto a la homosexualidad, acudamos a un fragmento de la nota 13 en el primer ensayo:

El psicoanálisis considera más bien que lo originario a partir de lo cual se desarrollan luego, por restricción hacia uno u otro lado, tanto el tipo normal como el invertido es la independencia de la elección de objeto respecto del sexo de este último, la posibilidad abierta de disponer de objetos tanto masculinos como femeninos, tal como se la puede observar en la infancia, en estados primitivos y en épocas históricas. En el sentido del psicoanálisis, entonces, ni siquiera el interés sexual exclusivo del hombre por la mujer es algo obvio, sino un problema que requiere esclarecimiento [...]. [Sin embargo,] en todos los tipos de invertidos [...] la vigencia de la elección narcisista de objeto y la retención de la importancia erótica de la zona anal aparecen como sus caracteres más esenciales (pp.132-133).

No es difícil contemplar qué tanto se superpone la identificación histérica con la inversión sexual; tampoco lo es el observar cuánto es propio exclusivamente a cada una. La regresión desde la elección de objeto hacia la identificación es un fenómeno similar a la elección narcisista de objeto, pero no se trata de mecanismos psíquicos intercambiables. Este último remite directamente al tema del narcisismo, problemática compleja que posiblemente abarca desde el Proyecto de Psicología para Neurólogos hasta las últimas obras de Freud —sin ahondar demasiado en ella, se resume en el siguiente apartado su conceptualización. Antes de avanzar directamente a la obra magna de Introducción del Narcisismo, es necesario recapitular sus antecedentes, empezando por la siguiente confluencia cronológica entre homosexualidad y narcisismo.

En 1910, Sigmund Freud publica *Un Recuerdo Infantil de Leonardo Da Vinci*. Amén del desarrollo del artículo y de las controversias sobre sus premisas, lo pertinente es la articulación entre la homosexualidad y el narcisismo. Freud expone: “El muchacho reprime su amor por la madre, poniéndose él mismo en el lugar de ella, identificándose con la madre y tomando a la persona propia como el modelo a semejanza del cual escoge sus nuevos objetos de amor” (1910/2006, p. 93). No se trata, por cierto, exactamente del mismo mecanismo descrito en 1921, en *Psicología de las Masas y Análisis del Yo*, pues la identificación histérica en éste último se limita a ciertos rasgos solamente. Aquí se habla más bien de una identificación más temprana y por lo tanto más permanente. Más adelante:

Decimos que halla sus objetos de amor por la vía del *narcisismo*, pues la saga griega menciona a un joven Narciso a quien nada agradaba tanto como su propia imagen reflejada en el espejo y fue transformado en la bella flor de ese nombre.

## **2.2 Narcisismo**

Los primeros cimientos a la elucidación de este fenómeno ocurren en 1911, con el caso Schreber, conocido también como *Sobre un caso de Paranoia Descrito Autobiográficamente*. Desde aquí, el fenómeno del narcisismo se relaciona íntimamente con la paranoia, y por ende con la psicosis. En el apartado III de su estudio, Freud postula una nueva fase entre el autoerotismo y el amor de objeto, durante la cual las pulsiones autoeróticas se sintetizan y, para luego tomar un objeto de amor exterior, el sujeto toma su propio cuerpo primero. Si el sujeto se mantiene fijado en esta fase, se elige a sí mismo (o elige a su sí-mismo, su *selbst*) como objeto de amor. Para describir esta serie de fenómenos, Freud utiliza el término de *Narzissmus*, que le

resulta menos malsonante y más breve que el original, *Narzissismus*. No es con el caso Schreber, empero, donde Freud desarrolla el planteamiento de este fenómeno (1911/2008).

En 1914 publica su Introducción del Narcisismo; artículo fuertemente cargado, desbordante de implicaciones teóricas. En él, reafirma el amplio radio de este fenómeno, que es un componente del desarrollo sexual común; además, se presenta en las neurosis de transferencia como una resistencia a la cura. Se trata del “complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, de la cual justificadamente se atribuye una dosis a todo ser vivo” (1914/2003, pp. 71-72). Según esta acepción, el narcisismo no es una anomalía, sino la contraparte sexual-afectiva de la pulsión yóica de conservación. Pero alguna diferenciación habrá de hacerse entre este narcisismo regular y aquello descrito por un tal Paul Näcke como perversión; *primario*, para describir un estadio normal de la libido, y *secundario* para explicar los fenómenos patológicos.

En cuanto a la diferenciación entre libido y pulsión yóica, Freud postula cómo las satisfacciones autoeróticas están “a remolque” de las pulsiones de autoconservación: se *apuntalan* en ellas y eventualmente se independizan. De aquí surge la elección de objeto *anacrítica* o por apuntalamiento; es decir, las primeras vivencias de satisfacción influyen en la elección del objeto amoroso, que por lo general en el varón será la madre o su sustituto. Si se sufre una perturbación en el desarrollo libidinal, el sujeto tomará como objeto no a la madre, sino a sí mismo; esta es la elección de objeto narcisista. No se trata tanto de una dicotomía excluyente; más bien, se abren caminos variados de elección objetal, y uno de ellos predomina y doma a todos los otros, en analogía con el meta genital y las pulsiones parciales perversas, descritas anteriormente.



En el caso del varón, la elección de objeto es plena, pues las primeras vivencias de satisfacción apuntan a la madre; con la mujer, toda una serie de vicisitudes llevan a una elección objetual tardía, o bien a un narcisismo secundario. Debido a las nuevas configuraciones sociales contemporáneas, esto se torna, por cierto, cada día más argüible.

Sea como fuere, Freud resume las posibles elecciones de objeto en las siguientes:

1. Según el tipo narcisista:
  - a. A lo que uno mismo es,
  - b. A lo que uno mismo fue,
  - c. A lo que uno querría ser, y
  - d. A la persona que fue una parte del sí mismo propio.
2. Según el tipo de apuntalamiento:
  - a. A la mujer nutricia
  - b. Al hombre protector

Cuando es quebrantado el narcisismo primario a raíz del complejo de castración, la libido colocada en el yo es mudada a sus objetos —con la salvedad de un residuo que se transmite al ideal del yo. Es esta otra instancia la que instaura la represión, y la que regula el sentimiento de sí mismo que posee el yo. En el caso del narcisismo secundario, sin embargo, la libido retorna sobre el yo tras una tentativa de colocarse sobre los objetos. Bajo esta óptica se explican ciertas diferencias, cuando la libido se desplaza durante el enamoramiento: para quien la elección de objeto es por apuntalamiento, su satisfacción reside en amar, mientras que la meta y la satisfacción del narcisista yacen en ser amado (1914/2008).

Antes de que se enfatizara reiterativamente la intersubjetividad en el psicoanálisis, luego, Sigmund Freud delimitó las modalidades en las cuales se desenvuelve. Pero las aclaraciones

teóricas a cada uno de los detalles de lo interpersonal, en este autor, son pletóricas, y señalarlas en su totalidad es una tarea para la historia del psicoanálisis. En un trabajo como este, habrá solamente que despuntar un par de problemáticas adicionales, las más notorias entre las que se engranan con la histeria masculina.

### **2.3 Algunas particularidades de la vida amorosa**

Existen tres textos freudianos conocidos como las Contribuciones a la Psicología del Amor, cuya fecha de publicación se extiende desde 1910 hasta 1918. En los primeros dos se presentan una serie de fenómenos notables, exclusivos de los varones.

El primero de estos artículos, Sobre un Tipo Particular de Elección de Objeto en el Hombre, esclarece ciertas inclinaciones amorosas. La primera consiste en la preferencia de aquellos hombres que buscan las atenciones de una dama siempre y cuando exista un tercero perjudicado. La tendencia es de tal fuerza que, una mujer enteramente irrelevante al individuo puede tornarse de lo más atractiva una vez que se ha conseguido pareja; la meta del individuo se vuelve entonces pillar a esta dama de las manos del otro hombre. A la luz del psicoanálisis, no es muy arduo encontrar el fundamento de este anhelo: remite al complejo de Edipo, a la rivalidad con el padre y la conquista (o reconquista, según el infante) de la madre (1910/2006).

El siguiente artículo, Sobre la más Generalizada Degradación de la Vida Amorosa, toma un síntoma común a muchos hombres y le otorga dos explicaciones, una más axiomática que la otra. El síntoma —o, podría también indicarse, la inhibición— consiste en lo que Sigmund Freud denomina impotencia psíquica. Esta “se exterioriza en el hecho de que los órganos ejecutivos de la sexualidad rehúsan el cumplimiento del acto sexual, aunque tanto antes como después se muestren intactos y capaces de operar” (1912/2006, p. 173). En palabras menos

eufemísticas, el desempeño sexual del varón se ve impedido al momento de la penetración, por más que su voluntad esté colocada en el acto; previamente, logra la erección, y posteriormente, también. Este síntoma neurótico, por cierto, no aqueja a un mismo individuo con todas mujeres con quienes establece relaciones sexuales, sino con ciertas de ellas; asimismo, cuenta para Freud como impotencia psíquica cuando el hombre es capaz de penetrar a la mujer, pero no deriva placer alguno del acto.

La primera explicación remite al hecho de que existen dos corrientes afectivas en todo ser humano: la tierna y la sensual. La tierna es la más propia a la infancia, y la sensual toma su ímpetu y significación después de la pubertad. En el caso de estos hombres impedidos, las dos corrientes no han logrado fusionarse apropiadamente; el acto sexual no pierde su connotación de degradante, “sucio”, y por lo tanto es imposible de ser llevado a cabo con la dama que inspira ternura —por lo general, la esposa. Es la barrera del incesto, dicho sea de paso, la que no permite fusionar estas dos corrientes; ya que el primer objeto afectivo del varón es la madre, fusionar estas corrientes implicaría aceptar la representación inconsciente e infantil del incesto. De ahí surge la degradación de la vida amorosa, pero no aún la “más generalizada”.

La explicación axiomática se sigue del hecho de que la madre es la primera receptora del afecto. Una vez que, expedida la encrucijada del complejo de Edipo, se resigna a la madre como objeto de amor, esta representación incestuosa es desalojada al inconsciente y, en su lugar, se desencadena la serie de objetos que llegaran a reemplazarla. Sin embargo, ninguno de estos sustitutos colmará jamás las expectativas de satisfacción que el infante sospechaba de la madre. Ninguno de sus objetos será jamás suficiente (1912/2006). He ahí la última causa de la impotencia psíquica; he ahí la necesidad constante de la vida amorosa por renovarse,

reinventarse, rebuscarse. El amor neurótico es un juego de naipes trucado; pero, como diría Buffallo Bill en el Viejo Oeste, es el único juego en el pueblo.

### **3. La histeria después de Lacan**

A partir de esta exuberancia de mecanismos, síntomas e inhibiciones el psicoanálisis contemporáneo doma la histeria para ceñirla a unos cuantos principios operativos. No es Jaques Lacan el único productor de estas innovaciones, por supuesto, pero sí el más trascendente. El psicoanalista parisiense bien podría declarar, como Luis XV: “Después de mí, el diluvio”... teórico.

Para ilustrar este punto, basta comparar la definición de histeria citada al inicio de este capítulo con ciertos extractos del Diccionario de Psicoanálisis Lacaniano, de Dylan Evans:

“Lacan [...] no define la histeria como un conjunto de síntomas, sino como una estructura”. “[L]a neurosis tiene la estructura de una pregunta, [...] en la histeria el sujeto se pregunta por su posición sexual. Esta interrogante puede formularse como ‘¿soy un hombre o una mujer?’ o, más precisamente, ‘¿qué es una mujer?’” (1996/2008, p.106).

Con estos desarrollos se inaugura una nueva época diagnóstica, explicativa, e incluso de intervención. A la histeria ya no se le busca en la franca conversión sintomática, en la paroxística, en la abulia; ni siquiera, necesariamente, en el predominante displacer en lugar de la excitación sexual, indicado por Freud en el caso Dora. Ahora “la especificidad de la estructura de un sujeto está predeterminada por la economía de su deseo”—observa Joël Dor en su libro *Estructura y Perversiones*, divulgando a un Lacan más abreviado (1987/2009, p. 32)—, y esta economía, como cualquier otra, tiene sus regulaciones y tendencias. A las trayectorias usuales

del deseo se les denomina rasgos estructurales, y son estos los que dirigen el diagnóstico, no los síntomas. Los fenómenos descritos en la sección anterior bien podrían apuntar a una histeria, bien a una neurosis obsesiva, o inclusive a otra estructura enteramente, dependiendo de cómo se conjuguen en esta economía.

Joël Dor expone, en el libro *Estructuras Clínicas y Psicoanálisis* que —según Lacan— uno de los rasgos estructurales fundamentales en la histeria es “*la alienación subjetiva del histérico en su relación con el deseo del Otro*” (1991/2006 p. 90). ¿Qué quiere decir esto?

De entrada, todo ser humano es traído al más acá de la subjetividad por medio de un esfuerzo libidinal monumental, ejercido por su madre. Para ser humano, al infante se le hace surgir como tal con la fenomenal premisa de que lo es todo —para esa madre, en ese momento, pero el contexto obviamente se le escapa al pequeño. Luego viene, si tiene suerte, el destete: no lo es todo, existen los demás, y existe el padre. Y es que el infante era aquello que completaba a esa pródiga, la madre; o sea, era su falo, todo lo que ella podía desear. Pero cuando la madre vira su mirada al padre, y a aquellos asuntos que le evocan su interés pero no involucran a Su Majestad el Bebé, el infante da cuenta de que no, no es el falo; la madre no tiene el falo, sino que lo desea y lo busca en quien sí lo tiene: el padre.

Este concepto, *falo*, no es mucho menos histórico que todos los otros sistematizados hasta ahora; sin embargo, a falta de recursos para escudriñar a Lacan como es debido, habrá que espigar una definición tentativa para éste: *atributo deseable que colma*. El bebé es el falo de la madre, porque la colma, porque es todo para ella y ella no podría tener mirada para nadie más ni necesidad de nada más.

A su manera primordial de captar las cosas, el infante eventualmente registra que él *no* es aquello que colma a la madre, y que ella por lo tanto *no tiene* el falo. Esta operación

simbólica, pero sobre todo simbolizante, Lacan denomina el Nombre-del-Padre; traducible del francés también como el “No-del-Padre”, pues su función es destazar con un “no” esa relación hermética entre madre y bebé. No se trata, por cierto, necesariamente del padre actual, ni siquiera de una sola persona concreta; el proceso es más complicado y más sutil que eso. He ahí el complejo de castración: *“no eres el falo; no lo tienes; si acaso llegas a tenerlo, corres el riesgo de perderlo”*.

Las estructuras neuróticas atraviesan este proceso de manera relativamente fallida —pero lo atraviesan. El histérico, en específico, se atranca en la problemática del tener, “injustificadamente privado” del falo, denota Joël Dor. Otra pregunta específica del histérico podría ser un *“¿pues quién tiene el falo?”*.

El histérico asumirá que alguien más lo sabe. Si el histérico se topase—por esquematizar—, con la pregunta *¿qué es, realmente, lo que deseo?*, se resucitaría el no-ser y la falta, así como la angustiante amenaza del dolor vivenciado durante su instauración. De igual manera, se despertaría otra angustia, la de la respuesta: un deseo totalmente colmado, un anonadamiento incestuoso del sujeto que echaría por tierra toda ley simbólica. Así que le resultará más seguro —menos doloroso, menos angustiante— el ir en búsqueda de quienes sí saben lo que es el falo, de quienes sí saben lo que es deseable. Otro juego trucado: el histérico andará tras de fuegos fatuos, y no hallará más que pantanos.

Las identificaciones histéricas, aludidas en la primera sección, se explica de esta manera. La pequeña mencionada por Freud, quien asume la tos martirizante de la madre, se identifica con su progenitora porque ella sabe (e indirectamente tiene) lo que es deseable: lo que le atribuye al padre. Esta mujer deseante, en falta, pero que de igual manera sabe qué desear, será su modelo; pero bien podría ocurrir lo contrario, que se identificase con un hombre y para

muestra sólo hay que referirse al caso Dora. Son alienadoras, estas identificaciones, porque ponen al histérico en la pista de su completitud por medio de una serie de otros que no son más completos que él mismo. Ese es un motor de su queja perpetua: intentar satisfacer el deseo de alguien más no va a satisfacer el suyo propio.

Existe, asimismo, otro motor de queja perpetua: el histérico se vivencia como incompleto, risible, malquerido, ya que no posee aquello de lo que fue privado: el falo. A su parecer, nunca es amado lo suficiente, porque nunca es lo suficiente. Se encuentra, sin embargo, con una solución tentativa: el ideal. Si se identifica con aquello que el Otro desea, si cumple con esos requisitos supuestos, se topará con la falta del otro.

Joël Dor nombra a esta identificación con el ideal como el “narcisismo fálico”. Una suerte de giro en la histeria: “*si bien no tengo el falo, puedo pretender serlo*”. Es que no puede ir más allá de la simulación: se trata de una puesta en escena, de “un dar para ver” que el histérico es aquello deseable... en fin, el juego de la seducción. En cuanto se le reta su farol, sin embargo, la puesta en escena se desvanece y no queda más que la obviedad de sus artificios.

En el caso de la mujer, esta puesta en escena es más compartimentada, más dedicada a uno u otro aspecto del cuerpo, por ejemplo; en el caso del varón, al contrario, lo representa a él completo. De ahí ciertas características posibles del hombre histérico, como el fisicoculturismo —su cuerpo entero es un falo que se goza con la mirada ajena, pero nada más—, o su necesidad de ser amado por todos. Este ulterior aspecto se torna muy problemático para un histérico, dándole a su vida afectiva una cualidad de difuminado, pues el que mucho abarca poco aprieta.

Finalmente, en el ámbito de lo sexual, ya que el histérico es incapaz de realizar su deseo, tiende a toda una serie de conductas pseudo-perversas, de las cuales sólo se sirve para tranquilizarse, como si de actividades masturbatorias se tratase. De ahí la “*máscara* o el *juego*

homosexuales” (p. 121); más bien escenificaciones onanistas, dobles, custodias de la integridad narcisista. Y cuando se enfrenta, el histérico, ante el deseo sexual de una mujer, puede responderle con la impotencia: “*yo no tengo el falo*”.

La histeria es, bajo esta óptica, una curiosa paradoja: rehuir la angustia de castración por medio de un sinfín de declaraciones de no tener el falo.

Se observa a resumidas cuentas, pues, como los fenómenos descritos a lo largo de la sección pasada se reinventan y articulan a la histeria por medio de un reamoldamiento de la concepción freudiana clásica —o bien, una evolución. A la interrogación formulada en los antecedentes, *¿es esta histeria la misma que la que trató Sigmund Freud?*, pueden ensayársele ciertos matices. La histeria, como tal, no existe: existe la diferencia de los sexos, las relaciones de poder; existen las histéricas y los histéricos, y como tales cada cual tendrá su novela que contar. Lo inconsciente es, y es posible una escucha de este. Y, sin extirpar demasiado violentamente cada concepto de su contexto, y sin divorciarla injustamente de la clínica, es posible una teorización de esta escucha.

A manera de comentario final: se ha hecho referencia a lo largo de esta sección del marco teórico, más al histérico varón que a la mujer histérica. Es bien sabido que, en cuanto a prevalencia, quienes sufren de histeria son mayormente mujeres, mientras que la neurosis obsesiva es del dominio de los hombres. Resulta tentador citar unas palabras de Freud, “anatomía es destino”, adaptada del campo de lo militar. Pero si bien es cierto, como dijo originalmente Napoleón Bonaparte, que “geografía es destino”, es necesario recordar que una estepa no hace a Rusia. La división de las neurosis parece hallarse, más bien, del lado del género que del sexo, y como tal no surge de un hecho biológico inamovible, sino de una construcción cultural —y todo lo cultural, finalmente, está sujeto a la historia.



### **Capítulo 3. Metodología y procedimientos**

Este trabajo se sirve del método psicoanalítico de investigación. Se expondrá brevemente, a continuación, en qué consiste dicha metodología de estudio, desde lo más general hacia lo más particular.

#### **1. Método**

La indagación teórico-clínica del psicoanálisis se encuentra enmarcada en el paradigma cualitativo de la epistemología, no en el cuantitativo; para delimitar en qué consiste cada uno, se acudirá a la metodología de la ciencias sociales. En su manual de Metodología de la Investigación, Roberto Hernández Sampieri y sus colegas definen el enfoque cuantitativo como aquel que utiliza “la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (2010). A un psicoanalista, en su investigación, no le concierne ninguno de los términos recién mencionados. Resuena más bien con el enfoque cualitativo: “una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de ser vivos, sobre todo de los humanos”, cuyos datos no son numéricos, sino “descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones”, etc. Una investigación psicoanalítica no pretende, pues, cuantificar, sino comprender a profundidad al sujeto en escucha. Su modo de exponer los hallazgos, consecuentemente, es el estudio de caso psicoanalítico: un historial construido a partir del discurso del paciente, el cual más allá de procurar descubrir la generalidad de los fenómenos humanos se ocupa por resaltar su ineludible singularidad, y explicar qué la ha determinado.

## **2. Modelo psicoanalítico**

En los Dos Artículos de Enciclopedia, escritos por Sigmund Freud en 1923, el psicoanálisis es definido como 1) un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y 3) una serie de intelecciones psicológicas ganadas por ese camino. El modelo psicoanalítico, además de encuadrarse en el enfoque cualitativo de las ciencias, desde sus inicios no es susceptible de reducirse a sólo uno de sus tres elementos: metodología específica, concentración en la clínica y corpus teórico. Es por eso que los componentes de su modelo, descritos más adelante, se encuentran compaginados.

### **2.1 Aspectos teórico-metodológicos**

En el primer punto del artículo de enciclopedia citado anteriormente, Freud apunta a ciertos procesos psíquicos difícilmente accesibles por otros métodos; se trata de los procesos inconscientes, piedra angular del modelo psicoanalítico. El sujeto se supone escindido entre su consciencia cotidiana y un conjunto de determinantes inconscientes que lo alienan de sí mismo, cuya gama de manifestaciones varía desde los síntomas hasta los sueños.

### **2.2 Dispositivo analítico**

Las constantes del método psicoanalítico se dividen en cuatro principales. Las primeras dos son contrapartes la una de la otra, y se encuentran ambas justificadas en los Consejos al Médico sobre el Tratamiento Psicoanalítico (1912), de Sigmund Freud. Se trata de la asociación libre —se le permite al paciente que diga todo aquello que le viene a la mente, sin miramientos—, y, por el lado del analista de la atención parejamente flotante —para así captar

los bemoles en el discurso del paciente, sin fijarle importancia propositivamente a un aspecto específico u otro. En el mismo texto se argumenta la tercera constante: la neutralidad, aquello que Freud metaforizaba indicando que el analista no debe ser transparente para el analizando, sino como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado. Finalmente, la cuarta constante es la de la abstinencia: todo el desarrollo teórico acerca de la transferencia y la contratransferencia han demostrado que, para que el análisis no corra el riesgo en otro tipo de terapia, el analista no puede ofrecerle satisfacciones sustitutivas al analizado.

### **2.3 Encuadre psicoanalítico**

El encuadre psicoanalítico consiste las variables del psicoanálisis,; aquellos elementos que circunscriben el tratamiento y que permiten un nivel de consistencia material. Sigmund Freud elabora al respecto en su artículo titulado Sobre la Iniciación del Tratamiento (1913). Estos son: el horario en que se fijan las sesiones; su frecuencia por semana; la duración de la sesión; la cuota que se le pagará al analista; así como la posición del analizando. Estas variables, con un cierto margen de movimiento sujeto a cada caso particular, una vez fijadas deben idealmente mantenerse por parte del analista. Una vez instaurado el encuadre, lo óptimo es mantenerlo para permitir el establecimiento del proceso analítico.

### **2.4 Proceso analítico**

Con un fuerte dispositivo y las variables del encuadre fijadas, surgirá entre paciente y analista la relación dialéctica conocida como neurosis de transferencia. El paciente colocará sobre la figura del analista los mismos modos de relación que le han llevado a la encrucijada de su malestar, pero esta vez con la posibilidad de reelaborarlas. En el sendero hacia la

concientización de sus determinantes inconscientes, la relación analítica se verá obstaculizada por las resistencias al surgimiento de lo inconsciente; si el analista interviene de manera pertinente, se encontrará en vías de otorgarle las herramientas al paciente para elaborar su conflicto y liberarse, en la medida de lo posible, de su malestar. Cabe mencionar que no se trata de un procedimiento expedito, sino de un método tan complejo como la subjetividad misma, cuyo obrar es gradual, “pieza por pieza”.

### **3 Técnicas y estrategias de intervención**

El terapeuta admite el tejido del discurso del paciente y favorece la resignificación de su historia por medio de una serie de instrumentos operativos. Se dividen éstos, conceptualmente, entre los utilizados sirven para recabar la información, y los que asisten la concientización del paciente por medio de la información obtenida.

#### **3.1 Instrumentos para recabar información**

Para obtener el material clínico, el terapeuta se sirve en principio de la ficha de identificación del paciente, pero sobre todo por su discurso asociado libremente, y captado con una atención parejamente flotante. Asimismo, el analista hace preguntas sobre datos específicos cuando la vaguedad del discurso lo precise. Las sesiones pueden ser transcritas, posteriormente, en viñetas clínicas, para consignar un archivo del caso.

### **3.2 Instrumentos de concientización**

Los instrumentos que le permiten al terapeuta apoyar la elaboración del paciente constan, principalmente, de la interpretación sobre motivaciones inconscientes y la construcción de la prehistoria del sujeto. También es adecuado recurrir al señalamiento de los elementos discursivos que el paciente parece no aprehender del todo, así como a la confrontación con los elementos contradictorios de su discurso. Es preferente, para que sea eficaz, que todo instrumento esté sustentado en el discurso mismo del paciente.

## **Capítulo 4. “Si me doblo, ella se monta”. Construcción de un caso de histeria masculina**

### **1. Historial Clínico**

Al ser aplicada la metodología descrita en el capítulo anterior, se precipita el material clínico pertinente como para proseguir un tratamiento y posteriormente estudiar el caso. A continuación se presentará la construcción del caso en sí. En las primeras dos secciones se resumen, de manera general, las salientes del caso de Diego N., tanto clínicas como contextuales. Se espera sirvan de apoyo y referencia a la construcción del caso, propiamente hablando, el cual se encuentra en la tercera sección. La cuarta sesión, finalmente, consiste en un ensayo de iluminación teórica del caso, sustentado en las observaciones esparcidas a lo largo del relato y en el marco de fundamentación ya referido.

#### **1.1 Motivo de consulta**

Debido al contexto institucional en el que se desarrolla, y a las particularidades del caso, es posible hablar de un motivo de consulta doble: por un lado el costado oficial, registrado en los archivos de la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, y por otro el más personal, exteriorizado en la primera entrevista.

Diego N., durante el proceso de pre-consulta, declara que las razones por las que le gustaría entrar en tratamiento son las siguientes: en primer lugar, su novia, estudiante de psicología, le pide que atienda porque se dedica mucho al ejercicio y puede que esté desarrollando vigorexia. En segundo lugar, la Facultad de Psicología le exige como requisito para llevar a cabo sus prácticas de licenciatura que atienda él mismo a terapia. Por último, le gustaría analizar aquello que él considera su obsesión compulsiva.

Sin embargo, en la primera sesión Diego expresa que la razón fundamental por la que asiste, además del requisito institucional, es porque sufre de disfunción eréctil y eyaculación precoz. La causa precipitante de su asistir, además del requisito institucional, es el hecho de que una semana antes de buscar ayuda cayó en cuenta que estos dos problemas sexuales afectaban sus relaciones afectivas.

## **1.2 Demanda de tratamiento**

Se corre un riesgo insidioso cuando un aprendiz de analista acepta tratar a alguien que busca cumplir con un requerimiento universitario. Resulta sencillo caer en una fachada de tratamiento, donde sólo se computan temáticas y se lleva al consultorio una lista de contingencias por referir —cosa que, durante los primeros meses, efectivamente ocurrió con Diego N.—, y es más complejo despejar brechas para que surja aquello que, en verdad, inquieta al paciente. Se trata de gajes del oficio.

Lo cual no implica, por supuesto, que no hayan surgido ciertas demandas, tanto en su discurso explícito como en sus asociaciones oblicuas. En primer lugar, por supuesto, Diego busca terminar la licenciatura; en segundo, y sin imaginar muy bien cómo, pretende que su analista le permita solucionar sus complicaciones sexuales. Y utiliza precisamente esta palabra, *analista*, para referirse a quien se dirige en el consultorio; espera que se trate de un licenciado de la maestría clínica, espera que este licenciado sea supervisado por un psicoanalista de fama universitaria, y prefiere, en sus propias palabras, “que sea un psicólogo buena onda, que no sea mamón”. Por último, y lo más importante, en distintos momentos y contextos dirige textualmente la siguiente pregunta a su analista: “¿quién soy?”.

### 1.3 Sintomatología actual

Si adoptamos la definición de síntoma estipulada por Freud en su 23ª Conferencia de Introducción al Psicoanálisis, la cual indica que los síntomas psíquicos o psicógenos consisten en “actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo [pero no siempre] la persona se queja de que los realiza contra su voluntad, y conllevan displacer o sufrimiento”, nos topamos con cuatro fenómenos que cumplen con estas precisiones.

En primer y segundo lugar se encuentran, naturalmente, la disfunción eréctil y la eyaculación precoz. La disfunción eréctil se precipita, para Diego, al ver el condón que debe ponerse antes de penetrar a su pareja. La eyaculación precoz, por su parte, sobreviene en cualquier contacto sexual, sea vaginal, anal, u oral. Estos dos actos en conjunto le provocan gran displacer, pero sobre todo vergüenza, ya que se percibe insuficiente para su pareja, que no la puede satisfacer.

El tercer síntoma consiste en una serie de compulsiones que Diego denomina “sus obsesiones”. Son escasas en número y causan poco malestar, pero aún así las refiere como muy importantes al inicio del tratamiento. Hay ocasiones en las que, cuando Diego sale de su casa, es necesario por lo general que se devuelva para revisar si ha cerrado bien la puerta; lo mismo suele ocurrir con el candado de su auto. Finalmente, al bañarse se ve en la necesidad de proceder su lavado de la cabeza a los pies, y cualquier interrupción o desacomodo lo lleva a reiniciar.

El último síntoma en el sentido clásico consiste en un conjunto de actos y pensamientos que denominaremos “tentativas homosexuales”. Estas no son referidas de inmediato, sino que surgen a lo largo del tratamiento. Diego ha vivido un par de experiencias homosexuales; algunas como juegos infantiles, y una más reciente en su adultez, con un desconocido. De igual forma, se encuentra en ocasiones admirando el atractivo físico de otros hombres, sin que sienta por ello



un deseo sexual, lo cual no excluye que se angustie por ello. Las tentativas homosexuales le ocasionan displacer y duda, a pesar de que considera su identidad sexual como la de un hombre heterosexual.

Si consideramos, además, que bajo la tipificación de síntoma podemos incluir ciertos rasgos característicos —no solamente conjuntos de actos psíquicos, sino también actitudes y patrones de interacción que distinguen al sujeto y lo problematizan—, el repertorio de Diego N. incluye tres patrones sintomáticos más. Es por él bien sabido que le gusta exhibirse: el principal instrumento de ostentación es su cuerpo, por naturaleza alto y por adquisición fornido. Esto lo limita a desplegar sólo su atractivo y desempeño físico, ya que por otra parte lo intelectual —como exponer en clase— le provoca angustia. En una misma línea, sus patrones de interacción con sus amigos y pareja dan la impresión de un narcisismo secundario; situación que a él, directamente, no le provoca displacer alguno, pero que le es recriminada y suscita conflictos interpersonales. Asimismo, los choques que vive con su pareja, además de originarse en sus expresiones narcisistas, surgen de conductas negativa y positivamente agresivas [ver el apartado 3.4]. Estas tres corrientes intersubjetivas no son, propiamente, síntomas individuales, pero articulan gran parte de las problemáticas del paciente.

#### **1.4 Impresión diagnóstica**

El tema del diagnóstico es uno de los más espinosos en psicoanálisis. Es imposible determinar, de una vez y para siempre, con algunas entrevistas qué estructura presenta un paciente cualquiera; los casos en los que surge inmediatamente a la escucha con qué especie de sujeto se está tratando son felices pero pocos. Sin embargo, es muy importante saber con qué economía libidinal se está sorteando, ya que la dirección de la cura dependerá de ello, y hay

ciertos riesgos en el desenvolverse del discurso, y ciertas modificaciones en el método apropiadas a cada cual.

En el presente caso, un diagnóstico operante se vuelve evidente conforme se reconstruye el caso; no obstante, es de notar que el terapeuta atravesó gran parte del tratamiento sin ser capaz de determinarlo con certeza. A posteriori, el proceso de diagnóstico diferencial no conlleva grandes obstáculos:

1) El paciente no sufre ni ha sufrido delirios ni alucinaciones; tampoco le caracterizan peculiaridades bizarras del uso del lenguaje que apunten hacia una psicosis.

2) El paciente no presenta una transferencia masiva que desborde al terapeuta con idealizaciones o devaluaciones; y, a pesar de que presenta ciertos elementos en apariencia narcisistas, no son causa suficiente para suponer un narcisismo secundario profundo que aliene totalmente al terapeuta. No se trata, pues, de una condición limítrofe o un narcisismo acorazado e imperturbable.

3) A pesar de que el paciente presenta ciertas conductas tradicionalmente nombradas perversas, todas ellas se aglutinan en problemáticas sexuales no parciales. No es preponderante una pulsión de muerte que, en repeticiones sin sentido, lo colme; o, en paralelo, de un goce sin simbolización que lo subyugue. No se trata, pues, de una perversión.

4) No obstante el hecho de que el paciente relata ciertos síntomas obsesivos, al inicio del tratamiento, estos no vuelven a ser mencionados a lo largo del proceso. No existen más rituales, ni tampoco un sentido imperioso del deber o de la necesidad, de ninguna clase. Tampoco puede conceptualizarse como una neurosis obsesiva.

5) Por proceso de eliminación, pero no sólo por eso, se considera provisionalmente, pendientes a información posterior, de un caso de histeria masculina. El paciente presenta la

servidumbre al deseo del Otro delimitada en la última sección del marco teórico, así como los demás rasgos estructurales pertinentes.

## **2. Estructura subjetiva**

En este apartado se cartografiará la estructuración subjetiva del paciente en cuestión. Infelizmente, las dos grandes limitantes del estudio de caso quebrantan en gran medida esta labor. Para proseguir la metáfora del mapa, al momento de la expedición ni el explorador era lo suficientemente diestro ni el terreno lo suficientemente llano para sondearse con facilidad. Con la salvedad de la inexperiencia propia y la corta duración del tratamiento, se esquematizarán las inscripciones, vestigios, eventos y personajes de mayor interés a la organización subjetiva del paciente. Donde se pueda inferir sin mucho lugar a la duda, se conjeturará; donde sea demasiado aventurado, se suspenderá el juicio. Se exhorta al lector a dispensar las carencias del análisis, para tomar en consideración aquello que sí logró profundizarse.

### **2.1 Contexto familiar**

La familia de Diego habita y ha habitado desde sus inicios en una zona residencial del Municipio de Guadalupe, Nuevo León, en la cual existen tanto viviendas unifamiliares como multifamiliares. La clase socio-económica de la zona, así como la de la familia, son clasificables como media-baja. La familia nuclear de Diego reside a unas cuantas cuerdas de la familia extensa de la madre —abuela materna, tíos, etc. Éstos son figuras presentes a menudo en la vida cotidiana, aunque hasta el momento de la suspensión del análisis Diego no los describía como particularmente relevantes para él.

Tanto la madre como el padre poseen educación a nivel licenciatura. El padre trabaja de noche en una fábrica de un municipio aledaño, mientras que la madre atiende y administra, junto con dos hermanas, una tienda de enseres domésticos. La pareja tiene un hijo mayor: Andrés, ingeniero, quien trabaja en Torreón pero los visita cada fin de semana. Diego es el segundo y último hijo.

Los miembros de la familia de Diego son unidos, aunque poseen límites difusos entre ellos. Si bien se jerarquiza relativamente a los padres sobre los hijos, es al parecer la madre la que tiene la última palabra. El padre se presenta en el discurso inicial de Diego como una figura relativamente ausente, poco autoritaria, e incluso como cómplice. Cabe mencionar que, debido a la modalidad en que trabaja el padre, desde que Diego tiene doce años éste duerme en el mismo cuarto de Diego (la habitación de los hijos), y Andrés duerme en el cuarto de la madre (habitación de los papás). Congruentemente, la mamá muestra favoritismo por el hijo mayor, mientras que el papá se lleva mejor con el menor. Entre Diego y Andrés la relación es descrita como fraternal, considerando el menor al mayor como figura protectora.

[Para ahondar en este tema, acudir al apartado 3.3].

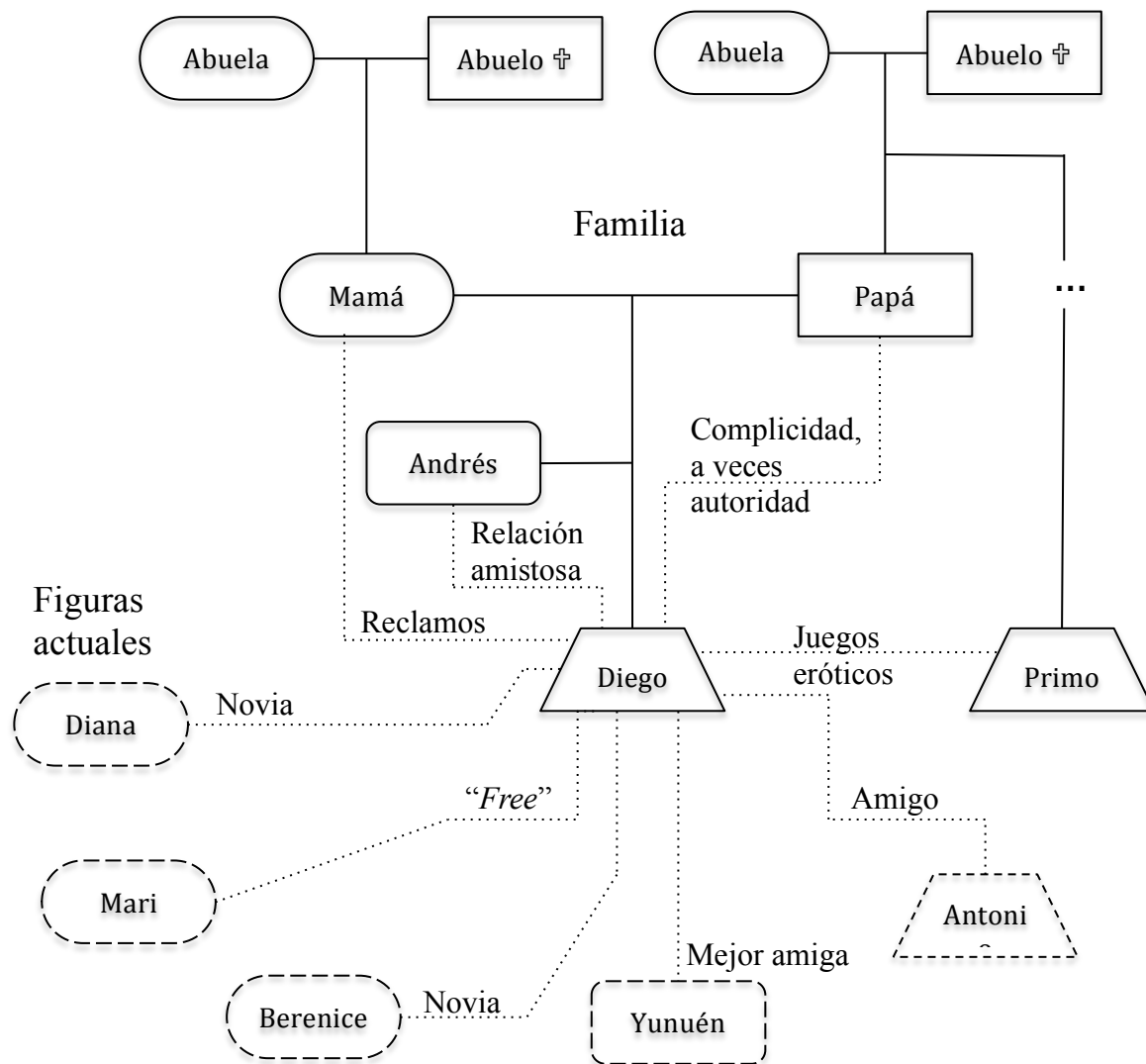
## **2.2 Figuras significativas**

A manera de referencia para la construcción del caso clínico se presentan, a continuación, las personas de mayor influencia para Diego N., tanto actuales como pretéritas. Las figuras de mayor importancia son, como es de esperarse por su contexto familiar, el padre, la madre y el hermano Andrés. Con ellos ha convivido toda la vida; a pesar de que la familia extendida de la madre reside en las cercanías de su hogar, y lo visitan con frecuencia, al menos hasta donde alcanzó el tratamiento Diego no los describe como importantes. Un primo hermano

de Diego, por el lado del padre, fue una figura trascendente de la infancia: su mejor amigo, y compañero de exploraciones sexuales infantiles. Este primo, el cual no fue nombrado a lo largo del tratamiento, es dos años mayor que Diego.

En cuanto a las figuras actuales al tratamiento, no necesariamente trascendentes pero sí de gran influencia en su momento, Diego menciona a cinco. La primera, que se mantiene a lo largo del proceso, es su amiga Yunuén. Ella funge ora como quien le da consejos sobre sus relaciones, ora como quien le escucha cuando quiere quejarse, ora como quien le regaña cuando cree se equivoca. En el primer tiempo del tratamiento son prominentes Diana, su novia que también estudia psicología, y Mari, la persona con la que sostiene una relación informal paralela. A lo largo del segundo y tercer momento sobresalen Berenice, quien llegará a ser su novia, y Antonio, un amigo abiertamente homosexual.

En la siguiente página se presenta un esquema de estas relaciones:



### 2.3 Estructuración Edípica

Debido a las restricciones ya mencionadas al inicio de esta sección, no se recabó ni la cantidad ni la calidad suficiente de material clínico como para reconstruir la encrucijada de su complejo de Edipo con un margen aceptable de certeza. Comparando, sin embargo, las figuras significativas actuales con las pretéritas, y conjeturando a partir del contexto familiar del paciente, algunas puntualizaciones tentativas pueden ser formuladas más adelante. Téngase en

cuenta, sin embargo, que para quien esto escribe tales conjeturas equivaldrían a intentar reconstruir el estilo arquitectónico de un edificio a partir de unos cuantos postes y ladrillos.

#### **2.4 Eventos traumáticos**

No se refieren eventos particularmente traumáticos en la vida de Diego, con la excepción universal de la sexualidad infantil. El paciente refiere ciertos juegos autoeróticos en la infancia, así como tentativas sexuales con su primo hermano. No alude a haber tenido experiencias sexuales infantiles con compañeritas de ningún tipo.

### **3. Construcción de caso**

Para presentar el relato del tratamiento, se ha elegido transcribir, prácticamente de manera íntegra, tanto la primera entrevista como la última sesión. Esto en aras de contrastar un momento con el otro, y dar un retrato un poco más fiel del proceso en general. El resto de las sesiones se dividirán por medio de un criterio de temática y otro de cronología.

#### **3.1 Primera entrevista**

El primer contacto del terapeuta con Diego es en la sala de espera de la U.S.P. Al entrar, el paciente se queda observándolo con expectativa, a pesar de que son varios los pacientes esperando y varios también los terapeutas entrando y saliendo. Avanza el terapeuta hacia la recepcionista, y le pregunta si no se ha registrado un tal Diego N. para una primera sesión. Él mismo se pone de pie, de inmediato, y afirma que se trata de él. El terapeuta lo saluda de mano,

se presenta como un estudiante de la Maestría en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica, y le invita que lo acompañe a los cubículos, al segundo piso.

El cubículo asignado, el mismo que se ocupa durante todo el tratamiento, es un espacio pequeño, de unos tres metros por tres. Posee un solo acceso: una puerta en un pasillo largo, en el cual se distribuye una serie de alrededor de diez cubículos. Hay un par de sillas, un escritorio, y un abanico para las épocas de calor.

Se le pide a Diego que tome asiento, y ambos toman un lugar. Lo primero que Diego dice, una vez sentado, es que la verdadera razón por la que decidió ir a terapia no es porque tenga “inicios de vigorexia”, como declaró en pre-consulta. Quizá sea verdad, pero eso no le preocupa. Lo que lo tiene consternado es que cuando va a tener coito con su novia, en el instante en que ve el condón, “se le baja”, pierde la erección. Cuando están “fajando” se siente muy excitado, se pone “muy cachondo”, pero en cuanto ve el condón algo sucede, se inhibe. No ocurre lo mismo con otras prácticas sexuales, como por ejemplo el sexo oral; incluso cuando penetra a su novia sin condón, a veces no se inhibe. Empero, aun si no hay inhibición, o si la supera luego de ver el condón, “dura muy poco”, eyacula en cinco minutos, máximo diez.

Se le pregunta desde cuándo le sucede esto. Responde que lo ha notado hace una semana, aunque lo de “durar poco” ocurre desde hace tiempo ya. Está seguro que se trata de una cuestión psicológica. En efecto, visitó a un amigo médico, y éste le dijo que era un asunto “psicosomático”, ya que no estaba tomando para el gimnasio nada que le impidiese tener una erección, y no presentaba síntomas de algún otro problema orgánico notable.

Recuenta que a los 17 años tuvo sexo por vez primera, con una mujer mayor, y que duró una hora entera, o al menos eso le pareció, pero que no pudo “terminar”. Lo intentó una vez más, se quitó el condón y se puso otro, pero no pudo “acabar”. Posteriormente, con otra novia,



lo intentó, pero en cuanto se puso el condón se inhibió y no pudo seguir. Ahora que tiene otra novia, la problemática se repite. Durante el juego preliminar, todo va dándose, él se excita, pero entonces cualquier roce lo hace eyacular.

Platica un poco más sobre su novia: es de la Facultad de Psicología, se llama Diana. Solían llevarse muy bien, hasta que ella se fue para el área de psicología social y Diego para la de clínica. Ahora ya casi no se ven, y pelean a menudo; ella suele recriminarle que no le da suficiente tiempo. Narra también cómo una amiga del área clínica, Mari, es su “*free*” —es decir, se encuentran para “fajar” o tener sexo ocasional.

Lo que le consterna a Diego es que últimamente ha sentido celos por Mari cuando ve cómo otros hombres le ponen atención. Se dice a sí mismo “cálmate, no es tu novia”, cada que esto ocurre. Inclusive un día, recientemente, un amigo suyo empezó a coquetear con Mari, y él se enojó; confrontó a su compañero, y aquél le respondió: “Bueno, ¿y a ti qué te importa?”. Luego de esto, Diego se apaciguó: “Este güey está bien feo, ni para qué te preocupas”.

Diego no sabe por qué siente celos por su “*free*”. Considera que quizá sea porque él es “un cabrón”; es decir, que le gusta salir con mujeres que tengan novio. Por ejemplo, Mari tenía novio cuando empezaron a salir, pero lo dejó eventualmente.

Refiere que esta preferencia, la de “ser un cabrón”, comenzó a los 15 años. Solía tener a una novia a la cual quería mucho, llamada Fabiola. Un día se enteró que ella le había sido infiel, y le llamó por teléfono para confrontarla. Ella le respondió: “Sí, te engañé porque eres muy celoso”. A él le dolió mucho, y de ahí en adelante se decidió a serle infiel a sus novias, y a salir con mujeres que tuviesen novio.

Lo mismo ocurrió con Diana, su novia actual; la conoció en la facultad y dijo “esa chava me gusta”, pero se enteró que tenía novio, así que tuvo que esperar. En cuanto ella estuvo libre, empezaron a salir.

Diego se queda en silencio unos momentos.

Agrega que no es él quien busca mujeres para tener relaciones sexuales con ellas, sino más bien ellas quienes lo buscan. Por ejemplo, si va a un “antro” (que casi no le gusta ir a “antros”), él no anda buscando mujeres. Si una se le acerca y lo invita a bailar (él no baila), entonces se va con ella. Sin embargo, si va a tener sexo con una mujer, prefiere que tenga novio, ya que si no tiene ella le recriminará a él el hecho de que tiene novia; en cambio, una mujer con novio le pide discreción, porque ambos se encuentran en situaciones similares. Aunque ya no busca otras mujeres, precisamente porque tiene miedo a no satisfacerlas.

El terapeuta le cuestiona sobre lo que se registró en su hoja de pre-consulta, acerca de los síntomas obsesivos y el inicio de vigorexia; ¿los consideraba en absoluto problemáticos, o sólo los mencionó para no evidenciar lo que realmente le preocupaba? Refiere que “su vigorexia” no es problema alguno; lo es para su novia, pero para él no. Diego debe tomar bebidas de proteína, para aumentar masa muscular, e incluso llega tomar pastillas (no está totalmente seguro qué son esas pastillas, exactamente). Diana le dice que eso es malo, y él sabe que es malo, pero no le importa. Lo que en realidad le incomoda es el problema del condón, y el de “durar muy poco”.

Diego ha considerado que quizá su problema se deba a que le provoque miedo que se llegue a romper el condón; pero solamente con su novia debería importarle que eso sucediese, pues con cualquier otra muchacha le daría igual si la embaraza. Entonces, no tendría nada que ver con tal miedo. Además, cuando logra ponerse el condón, o cuando tiene sexo oral con su

novia, o anal (donde no usa condón), dura muy poco. Piensa que ocasionalmente eso está bien, pues su novia no vive sola en su departamento, y duran poco por necesidad.

“¿Por necesidad?”, se le repiten sus palabras.

Explica que en momentos llega a casa de su novia, pero están las otras personas que ahí viven. Diego, aparte, le dice a Diana que “anda caliente”, y le pide que le haga “unas mamadas”. Ella accede, él dura muy poco, pero les conviene a ambos. Pero de todas formas, aunque se encuentren los dos solos en el departamento, “dura muy poco”.

Terapeuta y paciente se quedan en silencio unos segundos, tras lo cual el terapeuta le pregunta que si por qué decidió venir a terapia ahora.

Cuenta, un poco sorprendido, que no pensaba entrar tan rápido a terapia, pues en pre-consulta le indicaron que pasaría al menos un mes en lo que le encontraban terapeuta; él había hecho la solicitud apenas dos semanas antes. Explica que se había decidido a entrar a terapia en octavo semestre; además de que la carrera se lo pedía, él mismo se había decidido y lo había hecho.

Se le pregunta si hace esto a menudo, proponerse metas y lograrlas.

Responde que sí, que es su forma de ser. Por ejemplo, para cuando salga de la carrera, se ha propuesto pesar 85 kilos. Ésa es la razón por la que ingiere las bebidas de proteína; en conjunto con el ejercicio, le harán lucir bastante más musculoso de lo que ya se ve.

En cuanto al gimnasio, narra que la inspiración para asistir le llegó a los 14 o 15 años, durante una visita a Puebla. Una chica que a él le gustaba le regaló un poster de “un güey mamado”; Schwarzenegger, o alguien así, y al ver la imagen decidió que él se vería así un día. De vuelta en Monterrey, acompañó una vez a su mamá al gimnasio, y agarró las mancuernas. La gente se burlaba de él, porque era muy pequeño; de todas formas, el entrenador lo permitió

seguir acudiendo a pesar de su edad. Al mismo tiempo que entró al gimnasio, dejó de fumar, hábito que tenía desde los doce años. Inclusive fue Diego quien “inició en el vicio” a Andrés, su hermano mayor.

Diego entró al gimnasio, y dejó de fumar; unos años después, al dejar de hacer ejercicio, retomó el cigarro. Pero entonces se dio cuenta que fumaba en exceso, y lo dejó. El hermano mayor, por su parte, sigue fumando, mientras que Diego sólo se lo propuso y lo dejó de hacer, con pura voluntad. Pero su síntoma, el inhibirse sexualmente, o bien “durar poco”, es algo que por más que aplique su voluntad no puede cambiarlo.

El terapeuta le pregunta si existe otra área de su vida donde haya sentido lo mismo: querer algo enormemente, pero no poder lograrlo.

Sin chistar responde que sí, con los tatuajes. Él siempre ha querido ponerse tatuajes, pero sus papás no lo dejan, pues le dicen que le afectará laboralmente. En otras palabras, que nadie querrá contratarlo. Y él está consciente que probablemente así será; de todas maneras, le gustaría mucho poder hacerlo, y desde hace tiempo que considera cuáles tatuajes se pondría. De pequeño quería ponerse un dragón en la espalda; ahora preferiría una estrella en el pecho, un código de barras en el cuello, bajo la nuca, o, por ejemplo, una “cruz nazi”. Muestra, al decir esto, un collar que tiene, donde porta la cruz esvástica; la lleva escondida bajo la playera, pues aclara que no quiere que la gente le malinterprete.

Ofrece dos explicaciones sobre su gusto de la “cruz nazi”. La primera, porque admira el respeto que los súbditos le tenían a Hitler; asegura que, de haber nacido en Alemania, sería nazi —aunque no racista, puesto que eso le parece que “no está chido”. Por otro lado, menciona que una vez le dijeron que se parecía al personaje de una película de pandillas, el cual tiene la cabeza rapada y trae un tatuaje de la esvástica.

Es momento de cerrar la entrevista. Se le explica la logística de los pagos en la clínica, y se agenda una segunda sesión dentro de un par de días.

Surgen, desde la primera entrevista, las problemáticas principales que se hablarán a lo largo del tratamiento, ya sea como temas centrales y explícitos, o como implícitos a cada momento. Aquello que le causa mayor desconcierto es el síntoma que escapa su control: disfunción eréctil y eyaculación precoz. Pero esto se enlaza, por supuesto, con otras vicisitudes: la preocupación por el cuerpo propio, manifiesta como la dedicación al gimnasio y los “inicios de vigorexia”; las tensiones con su pareja actual; su pareja paralela. La familia, por último, es mencionada de manera escasa; pero esta tendencia se mantiene, de forma general, a lo largo del tratamiento. A continuación se describirá la manera en que estas tramas se desarrollaron a lo largo del tratamiento.

### **3.2 Desarrollo de ciertas problemáticas a lo largo del tratamiento**

El tratamiento de Diego N. se extendió desde un 21 de septiembre hasta el 29 de noviembre del año siguiente. Exceptuando los periodos vacacionales de la U.S.P. (navidad, semana santa y verano), así como un par de sesiones canceladas o re-agendadas a lo largo del proceso, Diego asistió una vez por semana hasta el día 3 de junio del primer año, cuando comenzó a asistir dos veces por semana. El proceso se da por suspendido el 29 de noviembre del segundo año, luego de varios intentos infructuosos por reacomodar las sesiones en un horario conveniente para él; esto coincide con su graduación de la licenciatura, su consecución de un trabajo como entrenador de gimnasio, y el inicio de su servicio social. El tratamiento de Diego N., en fin, se extendió a lo largo de un año y dos meses.

Debido a la amplitud del material disponible, resulta impracticable y por lo demás tedioso el transcribir cada sesión. A pesar de que esa sería la manera óptima para dar luz sobre las hipótesis de trabajo e intervenciones—o bien, para demostrar las limitantes y comprobar la gradual evolución de tales intervenciones, como adopción y afinación de método psicoanalítico por parte del terapeuta—, la naturaleza más bien sucinta de un estudio de caso no lo permite. En cambio, se procurará sintetizar el desarrollo de las problemáticas principales a lo largo del proceso; cada una en paralelo, sin olvidar que en las sesiones mismas las temáticas se presentaban indiferenciadas, dependiendo de qué asociase libremente el paciente a cada momento, y que por lo tanto se hallan entrelazadas en su discurso. En un afán más bien expositivo, las problemáticas se han dividido en cuatro: Familia, Pareja, Tentativas homosexuales y Algunas características narcisistas más.

Asimismo, para seguir la cronología del caso, se fraccionará el tratamiento en tres tiempos, basados en ciertos hitos del transcurso:

**Primero:** Desde la primera entrevista, del 21 de septiembre del primer año, hasta las fechas en que Diego comienza a frecuentar a Berenice, en febrero del año segundo.

**Segundo:** Desde las primeras citas formales con Berenice hasta el inicio de las vacaciones de verano, a principios de julio del segundo año.

**Tercero:** Desde el 2 de agosto del segundo año, cuando regresa de vacaciones con la noticia de que el síntoma que lo llevó al tratamiento (disfunción eréctil, eyaculación precoz) se ha desvanecido, tras lo cual los conflictos con Berenice se acentúan, hasta la última sesión, el 29 de noviembre del segundo año.

A continuación se expone la manera en que estas problemáticas principales, interrelacionadas entre sí, se desarrollan en el tratamiento, según estos tres tiempos. Las

aclaraciones analíticas del caso, así como los comentarios teórico-clínicos, ya que surgían con posterioridad a la sesión específica en que su material se presentaba, se elaboraran aparte, en cuadros, a lo largo de la construcción del caso.

### **3.3 Primera problemática: la familia**

El tema de la familia es un que Diego toca muy ocasionalmente, al menos en los primeros tiempos del tratamiento. Durante las entrevistas preliminares, previas al encuadre (cuarta y última entrevista), sólo se refirió a ellos en una ocasión, de pasada, y se le pidió que hablase más al respecto.

Su primera referencia más o menos profunda ocurrió durante la tercera entrevista. Diego narra ciertos momentos “inexplicables” de su vida; cuestiones ominosas, sobrenaturales, que le llenan de asombro y algo de aprehensión. Por ejemplo, en contadas ocasiones ha sentido un piquete en las costillas cuando no había nadie en el cuarto; o bien, que alguien se sienta en su cama mientras él duerme; también, que observa de reojo personas en la calle mientras maneja de noche, cuando en realidad se trata de botes de basura, postes, etcétera. Interrumpe su listado de eventos inexplicables con un silencio de unos segundos; acto seguido recuerda que, a la edad de quince años, despertó una noche y vio a sus padres teniendo relaciones sexuales en su cuarto, cosa que le dio mucho coraje.

“¿En tu cuarto?” —pregunta el terapeuta.

Diego responde que desde hace tiempo ya que su papá duerme con él en su cuarto, y su mamá duerme con Andrés, el hermano mayor. Es un acuerdo al que habían llegado desde que Diego tenía doce años, ya que el papá trabajaba de noche y la mamá no podía dormir bien si él llegaba en la madrugada a la cama.

Tres sesiones después (una vez hecho el encuadre, y habiendo instaurado la regla de la asociación libre), el tema vuelve a surgir. Diego se queja del favoritismo que su madre tiene por Andrés. Esta actitud parcial es de larga data ya, aunque comenzó a marcarse mucho más cuando debido a los problemas de sueño de la madre el papá decide mudarse al cuarto de “los niños” y el hermano mayor se muda al cuarto de “los papás”. Desde entonces resultó más evidente que la mamá prefería a Andrés.

A raíz de esta organización residencial, Diego inevitablemente empezó a llevarse mucho mejor con el papá; de ahí en adelante, cuando llegaba a casa de alguna fiesta, veía al papá y se ponían a platicar. Sin embargo, este arreglo de camas caló hondo: el tema se repite a lo largo de los tres momentos de análisis, aunque siempre sin ahondar mucho en detalles. A Diego le parece que, con el favoritismo y el cambio de cuartos, es como si su hermano y su mamá se hubiesen convertido en “los papás”, mientras que, en el mejor de los casos, su padre es ahora su hermano.

Ahora bien, para Diego esto no implica tenerle rencor alguno a Andrés. Se refiere a él de forma cálida; recordando, en un par de ocasiones, que en la primaria solía defenderlo de niños abusones (a pesar de su aspecto presente, relata que de niño era “todo flaco y debilucho”). En la actualidad, Andrés vive y trabaja en Torreón, por lo cual sólo los visita los fines de semana; esto marca la diferencia con su madre aún más, pues cuando el hermano llega le prepara desayuno y cena, lo “chifla” en general, mientras que comúnmente Diego tiene que recalentar sus comidas o prepararlas él mismo.

En cuanto a su padre, describe tener una relación amistosa con él, quizá demasiado. En el primer tiempo del proceso, recuenta que la única ocasión que su padre fue autoritario con él fue cuando Diego quiso perforarse y su papá discrepó terminantemente. De todas maneras se



perforó una ceja, y de ahí en adelante no podía mirar a su padre a los ojos hasta que se quitó el “piercing”.

En más de una ocasión, Diego admitió que se le dificultaba ver al terapeuta a los ojos; en las sesiones solía observar hacia una esquina del cuarto, mientras hablaba, y sólo ocasionalmente sostenía contacto visual. Esta peculiaridad, menciona, ocurre sólo con el padre.

Fuera de eso, Diego y su padre han sido cómplices toda la vida. Cuando Diego era niño, él y su padre solían “robar papitas” en los supermercados, abriéndolas y acabándoselas antes de llegar a la caja a pagar.

El tema del robo surge en más de una ocasión, a lo largo del tratamiento. A menudo le “dan ganas de robar”, a Diego. Se trata de objetos pequeños (ver la sección de Algunas características narcisistas más), por lo general, pero nunca perpetra el crimen. Durante el segundo tiempo del tratamiento, se imagina robando celulares; sueña, entonces, que le roba su celular al terapeuta. En este sentido, transfiere sobre el terapeuta al padre cómplice, con el que roba y al que le quiere robar, pero también al que es autoridad.

De todas las personas de su familia, a quien menos menciona es al padre; no se queja de él, pero tampoco le elogia. En el mes de septiembre del segundo año, durante el tercer momento del tratamiento, tiene un sueño que, entre otras cosas, caracteriza la relación que lleva con él:

*Estoy en mi casa, tengo muchas ganas de mear pero no encuentro el baño. Llego a una chimenea donde voy a mear, pero está muy chiquito el hoy. Batallo, pero igual lo*

*hago. Luego empiezo a oír balazos; salgo corriendo, llego al cuarto. Mi papá está dormido en su cama. Me asomo por la ventana para ver de dónde vienen los balazos: están en el monte los Zetas contra los del Golfo rafaguéandose, pero no se disparan entre ellos. Disparan al suelo, a los pies. Me dan muchos nervios porque con todo ese ruido van a despertar a mi papá.*

El mismo sueño se repite, dos semanas después, con apenas ligeras vacaciones. El paciente no asocia mucho al respecto del sueño, pero ciertos elementos sobresalen: hoyo chiquito, como referente al sexo anal; y un padre que corre peligro a partir de sus acciones.

A diferencia del papá, a la mamá la menciona con mucha mayor frecuencia. A menudo se queja de ella; de su favoritismo hacia el hermano, y de cómo siempre está “engruesándola” (es decir, quejándose ella misma, “haciendo drama por cualquier cosa”). Cuando ella y su papá discuten, por lo general el papá termina por irse a dormir, cosa que la madre resiente pero que Diego entiende muy bien [esto lo relaciona con el hecho de que al discutir con su subsecuente novia, Berenice, le da mucho sueño]. El resto de la menciones que hace de su mamá son más bien del orden de lo cotidiano, no tanto histórico; aunque el favoritismo hacia el hermano mayor se mantiene como tema principal, como reclamo implícito.

Otro familiar de importancia es su primo que vive en Guadalajara, más o menos de su misma edad, el cual no es nombrado a lo largo del tratamiento. Rememora cómo sus primeras experiencias sexuales (exceptuando las auto-eróticas) fueron con este primo, en la forma de tocamientos mutuos. Eran muy unidos, cuando pequeños, y vivían a unas cuantas cuadras de distancia. Hubo momentos en su infancia, incluso, cuando sentía celos si lo veían con otros

niños; Diego creía que sólo con él podía jugar su primo. La familia de este primo se mudó a Guadalajara, muchos años antes; desde entonces, se llevan bien, pero sólo están en contacto cuando viene de visita.

En una ocasión, durante una sesión de enero del segundo año, en el primer tiempo del tratamiento, Diego comentó que había visto a su primo con barba y que le había dicho que se veía muy bien así. Acto seguido, comenzó a cuestionarse que si por qué le había gustado cómo se veía con barba [para ahondar al respecto, referirse a la tercera problemática].

Al resto de su familia, aunque vive a pocas cuerdas de él, no la menciona muy a menudo y sólo de forma superficial. Los padres de su papá han fallecido desde hace tiempo, y el padre de la mamá falleció cuando Diego tenía 8 años; esto lo refiere de manera esporádica. En ocasión de la muerte de un primo vecino suyo, causada por un accidente automovilístico durante el tercer tiempo del tratamiento, Diego llega a la conclusión de que su familia inmediata (padres y hermano) le importaban un 100%, mientras que el resto de la familia sólo un 10% en comparación. Finalmente, el resto de las personas con las que se topa —amigos, compañeros de clase, etc.—, le importan todavía menos.

La muerte de este primo vecino suyo no le causa mucha impresión, y de hecho le provocaba risa ir al funeral; protestó en cuanto a asistir, aunque de todas maneras lo hizo. Esta incapacidad de preocuparse más por las personas a su alrededor le preocupa, aunque no se la explica ni siente que pueda hacer algo al respecto [en cuanto a esto, ver la segunda y cuarta problemática].

Debido, en primer lugar, a la corta duración y frecuencia del tratamiento, en segundo lugar a la naturaleza misma del discursar del paciente, y por último a la condición de aprendiz del terapeuta, las figuras familiares de Diego nunca se dibujaron contundentemente en su

discurso, sino que quedaron por lo general como referencias esporádicas y difusas, siempre auxiliares a las demás problemáticas.

### 3.4 Segunda problemática: la pareja

**Primer momento.** El factor principal que lleva a Diego a buscar análisis es una exigencia institucional para poder continuar con sus estudios. No hay duda que el paciente llega mediado por el protocolo escolar; éste impregna todo el tratamiento, como un filtro. Otro motor para asistir, secundario, es su síntoma: la disfunción eréctil y la eyaculación precoz. Naturalmente, esta inhibición se instala en sus relaciones íntimas; inicialmente, con su novia Diana como un problema real y con su “*free*” Mari como una angustiante posibilidad.

En las sesiones inaugurales, su relación con Mari es la figura principal, mientras que Diana aparece más bien como un fondo. Diego describe una y otra vez cómo es que debe andar a escondidas para poder estar con Mari y cómo es que le gusta “pichonear” con ella—de momento, no va más allá del “pichoneo”. Ya había tenido un intento de “*free*” anterior a Mari, pero no se dio. Eventualmente deja de buscarla, luego de un par de peleas porque, entre otras cosas, ella nunca accedió a tener sexo con él.

Por su parte, cela mucho a Diana porque le da la impresión de que, si él es “cabrón” y le es infiel, otros tantos más como él habrá allá afuera, buscando muchachas con novio a las cuales tener de “*frees*”. No es sino hasta la sesión del 8 de noviembre, una vez que Diana ha cortado con él, que ella empieza a cobrar importancia.

Lo que más le duele del rompimiento es que Diana lo dejó por otro: alguien a quien conocía desde hacía mucho tiempo, pero por el cual “empezó a sentir cosas” recientemente. Diego comienza a tener sueños acerca de Diana, en los cuales vuelven a salir juntos, sólo que

ahora ella es su “*free*”. Igualmente, la rememora en más de una ocasión, considerando que le gustaría volver con ella. Aunado al duelo, lo que más le causa conflicto, dice, es poder llegar a encontrar otra novia que sea virgen. A la pregunta de por qué quiere que sea virgen, responde que porque no quiere que otro hombre haya estado con ella.

Lo que le provoca dolor a Diego es que fue *dejado por otro*; así como la madre prefiere a Andrés, y así como en su momento prefirió a su padre o alguna figura similar. Este *otro hombre* se presenta constantemente en el imaginario de Diego, como un rival que sí puede satisfacer a la mujer, o como una posibilidad para él mismo ser satisfecho, por medio de un rodeo narcisista homosexual.

Sus sueños, por otro lado, son un clásico cumplimiento de deseo: Diana regresa; o bien, Diana regresa como “*free*”, es decir, como libre, incluso en una posición más degradada o secreta.

Berenice, su siguiente interés amoroso, no es virgen. Pero Berenice es rubia, de ojos azules, y Diego había decidido que si cortaba con Diana su nueva novia poseería esos rasgos físicos. La conoce en unos protocolos médicos para pruebas de medicamentos pagadas. Durante los dos días que duran las pruebas, se conocen y deciden mantenerse en contacto.

A principios de febrero del segundo año, Diego narra:

*El otro día Berenice me dijo una frase... “Si no soy monje, cómo voy a querer un santo”, o algo así. Estábamos platicando por Messenger, y no me acuerdo por qué, Lic., pero nos pusimos a hablar de sexo oral. Ella me dijo que era experta, y yo le puse “¡Buuu!”, porque si es experta entonces es una zorra, seguro, y ya se ha acostado con un montón de batos. Pero ella dice que no, que nomás con su exnovio, pero pues que con*

*él se hizo experta. Igual yo no quiero salir bien-bien con ella por eso, porque ya estuvo con otro... Pero entonces me dijo que “si yo no fui monje, como voy a querer un santo”. Y me quedé pensando...*

Diego se sorprende a si mismo considerando a su ex-“free”, Mari, como una amiga, y lo que es más, como una amiga que le cae mal “por interesada”. Se ve precisado a preguntarle a una compañera de clases, Yunuén (la cual funge como su confidente y consejera), si es verdad que Mari es interesada, o si simplemente le cae mal a Diego “porque no le aflojó las nalgas”. Yunuén le responde que, en efecto, Mari no es una persona muy agradable.

**Segundo momento.** Diego comienza a salir debidamente con Berenice, aunque aún tiene sus reservas; según él, sigue queriendo a su ex-novia. A pesar de que decide pasar por alto la cuestión de la virginidad, ahora duda si quiere formalizar la relación con ella, ya que es muy “maldiciente”.

Por otro lado, teme no satisfacer sexualmente a Berenice, no “cumplirle”. Se ha dado la ocasión de contacto sexual, pero no aún de penetración; Berenice le propone que se vayan a un motel, pero él prefiere no hacerlo. Siente que la decepcionará, y recuerda una ocasión en que una amiga suya, “la Flaca”, lo llevó también a un motel y él no pudo “cumplirle”. Se sintió muy culpable, porque “la Flaca” ya había pagado las horas en el motel y no podía recuperar el dinero. Reflexiona, en el consultorio, que no quiere que se repita la situación.

<p>Parece ser que Diego busca en Berenice cualidades que “la validen” como un buen partido; de esto depende, también, la validación propia. Por otro lado, si Berenice le pide muestras a él de validación, sobre todo sexual, Diego teme no ser capaz de otorgárselas.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En la sesión del 8 de abril, relata el inicio de los conflictos abiertos con Berenice. Tienen una discusión que inicia cuando Diego malinterpreta un mensaje de texto por celular; Berenice le hace una pregunta, pero él lo toma como un reclamo. Luego de que Berenice le explica elaborada y minuciosamente, Diego entiende que no se trataba de un reclamo; ella le puntualiza: “Te encabronas por cualquier cosa”, y Diego piensa “Pues ya mándame a la chingada, entonces”, aunque no lo dice. Considera que, en cierta forma, como ya no puede enojarse con Diana se enoja con Berenice.

El terapeuta le repite su frase: “¿No puedes enojarte con Diana, así que te enojas con Berenice?”

Dice que se le ocurrió, nada más, pero no sabe por qué. Luego de unos momentos de silencio, agrega:

*Ayer tuve un juego de futbol americano, y no quería ir porque tenía clase, pero al final sí fui. No estuvo tan mal el partido, pero a mí nomás me metieron un ratito a jugar, casi nada. Nomás estuve sentado, esperando. “Bere” fue a verme jugar, y después del juego nos pusimos a discutir. Y yo estaba pensando, “pues ya, mándame a la chingada”. Se me ocurre a veces, Lic., cuando se pone a reclamarme o cuando me hace enojar.*

Se le pregunta si quiere que Berenice lo deje.

Responde:

*A lo mejor. Es que la verdad no quiero nada con ella. Es muy maldiciente, no sé, nomás no me importa tanto. Quiero tener una novia blanca, mejor. Entonces a lo mejor sí, quiero que me mande a la chingada.*

Se le recuerda que, sin embargo, la sesión anterior había dicho que, independientemente de todas las cosas que le caían mal de ella, consideraría casarse con Berenice. No que quería casarse, pero que no se opondría tampoco a la idea.

Reconoce:

*Pues sí, Lic., sí dije eso, pero ya no sé. Es que... a veces se parece mucho a Diana. Me pide que me meta a Messenger, se queja que no nos vemos mucho tiempo los domingos, siempre quiere platicar... Aunque bueno, no siempre está reclamando, nomás yo creo que está reclamando como me reclamaba Diana.*

“Es como si creyeras ver a Diana en el lugar de Berenice,” le dice el terapeuta, “y el enojo que iba para Diana se lo diriges a Berenice. Pero, ese enojo que iba para Diana antes, ¿también era para ella, o era para alguien más?”.

No se le ocurre nadie más, y se queda callado. Pero entonces ríe, y responde: “Mi mamá, a lo mejor. Siempre reclamándome, siempre engruesándola”.

En las sesiones de Junio, Diego empieza a considerar que su relación con Berenice está basada principalmente en los regalos que ella le hace. De hecho, Berenice entró a un protocolo

<p>El relevo mamá-Fabiola-Diana-Berenice es bastante claro; menos claro sería la elucidación de esa expresión de Diego, “engruesándola”, reminiscente de una erección. Desafortunadamente, nunca le es interpretado esto.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

médico para vender un óvulo, y con ese dinero quiere comprarse un celular nuevo para ella, y otro para Diego. Al pensamiento anterior, “¿Por qué no me mandas a la chingada?”, Diego agrega una respuesta: “No, todavía no”. Quiere el celular nuevo; pero cuando Berenice agrega que le comprará un traje para la boda del hermano de ella, y también que, ya que aún no le



pagan por el óvulo, le pedirá dinero a su padre, Diego empieza a sentir pena. Una cosa es que Berenice venda su óvulo para comprarle un celular, y otra muy distinta es que él indirectamente le deba dinero al suegro.

Justo después, Diego explicita en su discurso que la norma con Berenice es estar discutiendo; de ahí que le resulte inesperado y fuera de lugar que hayan pasado recientemente un “domingo tierno”. Se enojan muy a menudo, pero no es que él quiera enojarse; quizá lo hace porque la reconciliación siempre es buena.

**Tercer momento.** Diego regresa de las vacaciones de verano con la noticia del fin del síntoma; al menos, un fin parcial: Berenice decide tomar la píldora anticonceptiva, para no tener que usar condón, mientras que Diego ya no eyacula precozmente. ¿A qué se debe este cambio? En la sesión del 2 de agosto, Diego responde:

*Berenice dice que duro más porque tenemos más confianza... porque yo le tengo más confianza a ella, y ella a mí. Más confianza, porque a ella la verdad no le importa si duro poco.*

Relata otro gran avance en la misma sesión: Berenice le ha enseñado a bailar, y han bailado juntos en la boda del hermano de ella. Esto, al igual que el coito, “duró más de lo que pensaba que iba a durar”.

A pesar de ello, las discusiones continúan; es como si, al pasar el tiempo, aumenta el cariño a la par que la tensión. Se pelean todo el tiempo; en persona, en Messenger, por mensajes de texto. Berenice se queja de ser “la pendeja”, quien se deja y siempre obedece. Al preguntarle a Diego por qué cree que ella se sienta así, dice no tener idea alguna; finalmente, expresa que ella quiere quitarle su tiempo, quiere quitarle todo su tiempo.

La tensión aumenta a tal grado que, en algún momento, Berenice percibe que Diego “le levanta la mano”. Ella cree que Diego iba a golpearla, pero él le asegura que no es así, y repite en el consultorio que tal acción ni siquiera le pasaría por la mente. En determinado momento, Berenice llora frente a él por su incomprensión e incapacidad de tomarla en cuenta; Diego, por vez primera, también llora, pero porque dice que no entiende precisamente qué es lo que Berenice espera de él.

Así como el todo siempre es más que la suma de las partes, la agresión que viven Berenice y Diego es más que las reservas de Diego, es más que el resultado de su encuentro con Berenice, y definitivamente ella también juega un papel en su instauración. Un día, Berenice le comunica por teléfono que está embarazada, que algo falló con la píldora. Diego le responde, sin dudar, que ni modo, que hay que seguirle; ella pregunta que si está seguro, y él afirma. Diego ya le había dicho a Berenice con anterioridad que, si llegaba a darse tal situación, se casarían; así que ni modo, tendrían que decirle a sus respectivos padres. Berenice lo reconforta confesando: “No es verdad, sólo quería ver a quién amo”. Sin embargo, a pesar de la participación de Berenice en la dinámica, lo relevante aquí es la forma en que Diego se calibra en la relación, y cómo incide su subjetividad en ella. Desafortunadamente, el tema del “relevo de enojos” de su madre a Diana y de Diana a Berenice no es retomado, el terapeuta no volvió a percibir que fuese adecuado referirlo una vez más.

Las discusiones continúan; se tratan principalmente de lo que Berenice llama “mi tiempo”, a diferencia de lo que Diego denomina “su tiempo”. El tiempo de Berenice es aquel

que Diego comparte con ella, y el tiempo de Diego es aquel que le dedica a las tareas, a dormir, o a ir al gimnasio (tres horas diarias a la semana, de forma rigurosa).

Diego empieza a admitir que, sin duda, es agresivo con Berenice. Un tipo de agresión parece ser de naturaleza, por decirlo de alguna forma, negativa: Diego omite, o no le corresponde a Berenice como ella espera que lo haga, y ella lo toma como ofensa. A veces se trata de cuestiones disputables, pero a menudo de cosas más básicas: por ejemplo, olvidar fechas o datos importantes a Berenice, o incluso reciclar los regalos que Diana le dio en su momento para entregárselos ahora a Berenice. Otro tipo de agresión parece ser más positiva; es decir, consiste en cosas que Diego directamente hace, como decirle a Berenice que parece “zorra” al vestirse de tal o cual manera, o bien reclamarle el hecho de que ella le reclama, o incluso decirle una “broma” que Diego sabe de entrada que terminará en una pelea.

A menudo, sus discusiones dan la impresión de las disputas entre dos países que no se han puesto de acuerdo entre cuáles son sus fronteras, y que no comparten absolutamente nada. Se le señala esto a Diego en un par de ocasiones, pero no produce más respuesta que un “No lo había pensado así”. Cuando Diego y Berenice deciden no discutir más, y la relación se vuelve “pura miel”, los conflictos sobreviven de forma latente: él sueña que discuten, y ella sueña que él le pone el cuerno.

Es, de cierta manera, como si ambos quisiesen que la relación fracasase.
--------------------------------------------------------------------------

A principios de octubre, Diego narra cómo siente que cada vez es más agresivo con Berenice. Incluso ha sentido ganas de ponerle el cuerno; no lo hará, pero lo ha considerado. Sabe también que ella no lo hará, pero aún así lo sospecha. Ella dejó su Facebook abierto en su celular, en una ocasión, y él empezó a revisar sus mensajes. Se topó con un muchacho que

quería ligar con ella; Berenice le responde que no quiere ligar, que ya tiene novio. Eso provoca que Diego se sienta bien al leerlo. Sin embargo, luego se topa con unos mensajes de “un bato pelirrojo” con quien Berenice sí había estado ligando. Al leerlos, Diego se enoja en sobremanera, pero entonces nota que son de un año atrás, cuando él ni siquiera conocía a Berenice. Su enojo se esfuma, pero de todas formas le “agüita” haber leído esos mensajes. Por un lado se sintió bien al ver cómo su novia “bateaba” al primero, pero el segundo estuvo antes que él.

Se le pregunta que si por qué cree que necesita de terceros para constatar su relación con Berenice.

Diego se queda callado unos momentos, tras lo cual dice que le viene a la mente la palabra “homosexual”.

El terapeuta le pregunta que si por qué.

Porque quizás quiere que otros sean los que deciden por él. Recuerda una sesión en la que le pidió al terapeuta que fuese él quien le dijera si era homosexual o no [ver la siguiente problemática].

Se le señala que parecería que si fuese cariñoso, sería vulnerable, y por lo tanto homosexual.

Explica efusivamente que tiene miedo de salir con otra zorra. No quiere hacerlo de nuevo. Su novia de la secundaria, Fabiola, lo dejó, se fue con otro. Lo mismo sucedió en la primaria, con otras dos niñas con las que salió. No quiere repetir esa situación, andar con puras zorras. Pero también, no quiere “doblar” ante Berenice, darle lo que le demanda. Quizá es por eso que busca sin cesar razones para enojarse con ella, y para que ella lo deje. Repite algo que

ya viene diciendo desde hace varias sesiones: “Si me doblo, ella se monta”. En otras palabras: si él cede, ella se aprovechará de él.

Una semana después, Diego narra cómo durante una clase de terapia de pareja le “cayó el veinte”, y se dio cuenta que “las cosas se hacen por la relación, no por el uno ni por el otro”. Expresa que empieza a perder su miedo a que si él se “dobla”, ella se le “monta” y lo doblega. Nota que en efecto, como dice Berenice al final de cada discusión, ella se enoja “por pendejadas”, pero que también él se enoja por lo mismo.

El primero de noviembre, días antes de la última sesión, sale a colación el tema de la agresividad con Berenice, relacionado también con la problemática de la homosexualidad. Esta sesión se desarrolla a detalle en el siguiente apartado, pues es uno de los puntos en los cuales ambas problemáticas se entrelazan de la manera más clara.

### **3.5 Tercera problemática: tentativas homosexuales**

**Primer momento.** Las alusiones iniciales a esta problemática son más bien oblicuas y no necesariamente se conectarían, de no ser por la evidencia posterior. La primera fue la mención pasajera al sexo anal con su novia, en la primera sesión; según Diego, en tal caso no se inhibía en absoluto. La segunda alusión indirecta ocurrió en la tercera entrevista, y se mantuvo como tema de fondo en el primer momento del tratamiento: a Diego le dan muchos nervios cuando ve a dos hombres pelear. Nervios muy similares, explica, a aquellos que siente cuando tiene que exponer frente a un grupo, o bailar, o tener sexo con una mujer cuando teme no cumplirle.

El tema, sin embargo, no se toca de manera directa hasta la quinta sesión, el 11 de octubre; poco después de haber terminado su relación con Mari, su “free”, pero antes de cortar

con su novia Diana. Durante la sesión, Diego narra un sueño que tuvo: dos amigas del gimnasio, las cuales él está seguro que son lesbianas, lo están acariciando eróticamente. Acude con su amiga Yunuén, su consejera, quien le sugiere que “lleve el sueño a análisis”.

Diego comienza a platicar sobre Yunuén, quien tiene muchos amigos “gays y lesbianas”, y que gracias a ella ha aprendido a ser más tolerante. Antes de llevarse bien con ella, solían darle asco “los jotos”, porque le parecía que “se le iba a pegar”, pero ya no es así.

En ese momento se queda callado, y luego de unos segundos relata, con una voz hesitante, una experiencia vivida hacía apenas unos años. Una tarde, mientras Diego caminaba para tomar el camión a su casa, un señor al volante de un coche lujoso lo abordó y le ofreció darle un aventón a su casa. Diego accedió; sin embargo, poco a poco fue advirtiéndole que el señor “era joto”, porque mostraba ciertos manierismos. “Uta, éste es maricón”, pensó Diego, mientras consideraba cómo librarse de él y bajar del carro. El señor eventualmente confesó: “Mira, te voy a decir la verdad, chavo, lo que ando buscando es sexo oral”. Diego se puso tenso, pero el señor dijo que le iba a pagar si se dejaba; así que accedió, “lo dejó que le hiciera unas mamadas”. Le había avisado al señor que de seguro “ni se le iba a parar”, pero aún así tuvo una erección lo suficientemente fuerte como para que sucediese. Al paciente le parece, sin embargo, que aún así no es “joto”, ya que ese mismo día había estado con su novia, se había puesto “muy caliente”, pero no pasó nada y se quedó con las ganas.

“¿Dejar que un joto me la mame me hace joto?”, pregunta Diego. Al no obtener respuesta de parte del terapeuta, continúa asociando. Recuerda cómo conoció en internet a una muchacha “bien buena”, rubia, la cual luego al conocer en persona se dio cuenta que era una persona transgénero. No tuvieron contacto íntimo, y está seguro que nunca lo tendrán, pero aún platican en línea ocasionalmente. Relata que, de sus sueños eróticos, cuatro de cada cinco son de

sexo anal con una mujer. Eso le preocupa, pues si suma lo primero con lo segundo, ¿no significará que él mismo es homosexual?

El terapeuta le pregunta si él cree que eso es lo que significa. Responde que no sabe.

Ahonda en su encuentro con el señor del carro, y finaliza:

*Estaría cabrón, ser joto. Yo no quiero ser joto, quiero ser hombre; pero me da miedo. Si alguien pasa cuando estoy con ese bato en la calle, y nos ve ahí adentro del carro, pensaría “ese güey es joto”... ¿Qué piensas, Lic.? ¿Sí soy joto, o no soy?*

El terapeuta intenta mantener la neutralidad:

*¿Por qué quieres que sea yo quien te diga eso? ¿Por qué quieres que sea yo quien te responda y te diga si eres o no homosexual?*

Diego responde reflexionando que, en realidad, en nada cambia si se le responde de una forma u otra.

En primera instancia, a pesar de que mantiene la neutralidad, el terapeuta podría haber intervenido de manera más efectiva.

Diego teme el juicio que alguien más podría haber hecho al observarlo, pero aún así accede a la propuesta del desconocido. “Lo que se ve, no se pregunta”. La mujer transexual y las dos muchachas lesbianas son personas que no requerirían que Diego les de muestra alguna de su desempeño sexual; estas dos últimas, por ejemplo, pueden satisfacerse entre ellas, y Diego no toma riesgo alguno de “no cumplirles”.

Dos semanas después, el tema resurge. Diego charlaba, entre clases, con un muchacho de la facultad quien es abiertamente homosexual; a la mitad de la conversación, Diego se entera que su terapeuta es también terapeuta de este chico. En ese instante, relata, sintió bastante

desesperación, ya que por lo general los terapeutas eligen a sus pacientes por alguna u otra razón —es decir, porque tienen alguna característica en común. “¿Y no será,” se preguntó en ese momento Diego, “qué el Lic. escoge pacientes jotos?”. De ahí en adelante se quedó con la duda, con “la espinita”; le dio vueltas y vueltas en la cabeza, hasta que se le ocurrió otra posibilidad: ya que el otro chico llevaba menos tiempo que él en tratamiento, era probable que su terapeuta no lo hubiese escogido, sino que más bien le fuese transferido. Confronta a su terapeuta directamente con ello: “¿Dime, Lic., si lo escogiste tú, o te lo transfirieron?”

Una vez más, el terapeuta intenta mantener la neutralidad:

*En primer lugar, no estamos aquí para discutir el historial de mis otros pacientes. Quieres que te diga si otro terapeuta me transfirió a este paciente, o si lo escogí, porque crees que si lo escogí entonces tienen algo en común tú y él. Pero, ¿no te recuerda esto a la pregunta que me hacías hace dos sesiones? Querías que yo te respondiera si eras o no homosexual. ¿Por qué quieres que alguien más tome la responsabilidad de responder a esa pregunta?*

Diego no replica a esta pregunta. Se queda en silencio, unos momentos, tras lo cual cambia de tema y platica que ha considerado volver a practicar karate, como lo había hecho hacía tiempo, porque lo que quiere es “dar putazos”. Lo que decide, al final, es entrar a jugar fútbol americano.

<p>Diego teme, en lenguaje coloquial, “ser puto”. Este temor implica un cierto deseo, una tendencia erótica. La tendencia se cumple cuando entra a jugar fútbol americano: puede “dar putazos”, pero también que se los den. Pero también se cumple el castigo: porque es “puto”, le dan “putazos”, lo apalean.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



A lo largo de las siguientes sesiones, el tema reaparece de manera oblicua. En primer lugar, menciona a su primo de Guadalajara [ver la problemática de la familia]; vino de visita, le dijo que se veía bien con barba, y esto “lo sacó mucho de onda”. Más adelante, refiere de nuevo cómo le dan nervios ver a dos hombres pelear. Esto lo recuerda, exactamente, en el contexto de que él y amigos del barrio van “a buscar putos al centro”. A saber, acuden en automóvil a ciertas calles de la ciudad donde hay sexoservidores travestis o transgénero; una vez ahí, algunos de sus amigos acarician a los sexoservidores que se les acercan. Hecho esto, se van a “hacérsela de pedo” a otros muchachos en el centro de la ciudad; vuelven a “buscar putos”, y terminan su rutina en un *table dance*.

Este peculiar entretenimiento ocurre durante sus días de soltería, una vez que ha cortado con Diana pero antes de salir formalmente con Berenice. En este se muestran claramente, la interacción entre sus tendencias homosexuales (desprovistas inicialmente de cualquier connotación de identidad sexual), la agresión, y la reafirmación de su heterosexualidad en el *table dance*. Mientras está afuera con sus amigos, se trata sólo de una diversión; una vez en el consultorio, relatando y dotándolo de sentido, las dudas sobre su homosexualidad se manifiestan de nuevo.

**Segundo momento.** La pregunta de Diego, “¿qué soy?”, renace, pero esta vez en cuanto a su estructura psíquica: ahora se pregunta si es histérico, obsesivo, o fóbico. Para cada diagnóstico, tiene una ristra de síntomas que podrían coincidir con el cuadro, sin embargo los últimos contendientes son la histeria y la neurosis obsesiva. Para la primera, toma como evidencia su constante pregunta “¿qué soy?”, y su autoproclamada necesidad de llamar la

atención; para la segunda, su constante duda y ciertos rituales compulsivos que mencionó durante las primeras entrevistas.

A estas alturas, ya existe una mayor integración de sus tendencias homosexuales: se ha vuelto amigo de un muchacho gay de la licenciatura, llamado Antonio —distinto al chico mencionado en el primer momento. Asimismo, dice aceptar solicitudes de “jotos” en Facebook, sobre todo para aceptar los cumplidos que le hacen por su apariencia.

Una sesión de Junio relata el siguiente sueño:

*Voy en el carro con Berenice y empezamos a discutir, no me acuerdo por qué.*

*Me bajo del coche y empiezo a caminar (creo que estoy en San Pedro, pero no sé dónde). Ando buscando a Antonio, mi amigo gay, pero no me acuerdo para qué, algo de la escuela. Me encuentro como a unos cinco hombres, no sé quiénes son, pero a todos les pregunto: ¿Han visto a Antonio, saben dónde está? Al final me lo topo en un parque, y empezamos a platicar. Él me dice que me vaya con él, pero yo no sé dónde está Berenice. Pienso que me voy a ir con él, pero al final mejor no; se va caminando solo.*

El terapeuta interviene:

*Pues mira, ahí está tu conflicto. Como se te hace muy complicado lidiar con la que sí te llama la atención sexualmente, con Berenice, mejor te vas. Se te ocurre buscar una satisfacción por medio de una relación homosexual, pero eso tampoco te convence.*

Estas palabras le traen a la mente la imagen del póster de Schwarzenegger que le regalaron en Puebla. Dice que esa muchacha, quien se lo regaló, solía gustarle. Desgraciadamente, ella tenía 19 años, y él apenas 14. Pero si se veía como el tipo del póster, podría conseguirse a esa chica; podría conseguirse a cualquiera. De ahí su devoción al gimnasio, y su fisicoculturismo atenuado.

**Tercer momento.** En una sesión de septiembre, Diego ahonda en el arreglo residencial en su casa: Andrés duerme en un mismo cuarto con la madre, y él con el padre. Mientras lo narra, le viene a la mente el sueño mencionado anteriormente, a pesar que ya habían pasado tres meses desde que lo había soñado.

El sueño, y sus tentativas homosexuales, adquieren una nueva significación: la situación familiar lo coloca en el lugar compartido con el papá; la madre es para el hermano mayor y, para él, sólo queda el padre, por más que se subleve contra este arreglo. Al desavenirse con Diana, en el sueño, riñe con la madre que lo frustró y prefiere ir en búsqueda de un hombre; acaso será más tranquilizador o sencillo. Pero sus inclinaciones vuelven hacia la mujer, hacia el final.

Es una lástima que, debido a la corta duración del tratamiento y la poca experiencia clínica que poseía el terapeuta en ese entonces, no fuese capaz de anudar mejor estas asociaciones, y profundizar en las experiencias infantiles que las prefiguraron. Habrá que ajustarse, en esta construcción de caso, a lo principalmente actual y cotidiano, coligiendo apenas la prehistoria de estas configuraciones anímicas.

A lo largo de este último momento, todas las tentativas homosexuales de Diego se han ido cuajando alrededor de la figura de Antonio, su amigo abiertamente homosexual. La última sesión donde esta problemática surge es en la del primero de noviembre, un par de semanas antes de la suspensión del tratamiento, y trae a colación otro gran tema visto en la problemática anterior: la agresión dirigida, particularmente, a Berenice, y como aspecto no tan aparente hasta ahora, hacia sí mismo.

El paciente inicia la sesión con el recuento de un breve sueño: Antonio le coquetea, insistentemente, y Diego debe aclararle que él no es gay. Asocia el sueño al hecho de que, antes de dormir, había observado unas fotos de Antonio en Facebook, donde lo ve en una fiesta de disfraces vestido de Carlos V. En ese momento, consideró que Antonio “se le hacía bonito”, aunque para nada imaginaria que “podría hacer algo con él”; acto seguido le dieron muchas ganas de comer un chocolate Carlos V, precisamente.

La sesión continúa con el relato de los sueños de Berenice; ella sigue “soñando feo”, que su novio le pone el cuerno, que “le hace cosas malas”. Diego ha sentido, igualmente, ganas de fumar una vez más, pero cada vez que está a punto de hacerlo se detiene. Sería muy sencillo comprarse una cajetilla, o un cigarro suelto; de todas maneras, se contiene antes de hacerlo. Menciona que es como si quisiera hacerse daño, y a la vez no. ¿Por qué querría hacerse daño? Porque ha pensado ponerle el cuerno a Berenice (aunque, de momento, no sabe aún con quién). Quiere hacerle daño a Berenice, y a la vez no. Al preguntarle que si por qué querría hacer eso, lo único que le viene a la mente es el sueño de su amigo Antonio.

El terapeuta interviene:

*Quizá por eso quieres hacerte daño, precisamente. Me pregunto si no habrá algo similar entre tus ganas de fumar y las tendencias homosexuales que aparecen en tus sueños. Como no puedes demostrarle tu cariño a Berenice, por ejemplo, consideras mejor demostrárselo a un hombre. Y es por eso que te harías daño.*

Se queda callado un momento, tras lo cual admite que es cierto. Recuerda que cuando salía de sus prácticas de fútbol americano, salía “todo puteado”, y Yunuén se lo hacía notar: “parece que vas ahí nomás por los chingazos”. Ha considerado que es así como demostraría que es “hombre”, por medio de “los chingazos”; pero luego recuerda que a veces, cuando tiene sexo

con Berenice, ella le reclama que es excesivamente brusco, y bromea diciendo que Diego debería de salir con otro hombre, no con ella. Le viene a mente cómo en la secundaria él era “el ñoño”, que todos se burlaban de él; igualmente, vienen a mente las ocasiones en las que Andrés hubo de defenderlo en la primaria. Así termina esa sesión, la última en la que se toca el tema de la homosexualidad.

### **3.6 Algunas características narcisistas más**

Los otros aspectos de la vida de Diego en que se manifiesta, de alguna u otra manera, la fenomenología narcisista, son variados y se presentan a lo largo del tratamiento, ya sea “de pasada” o de forma más detallada. Diego llegó a dedicar sesiones enteras a alguna de las temáticas mencionadas a continuación, así como otros aspectos rezagados que, por lo demás, no entran al eje organizador de este estudio de caso, y agregarles sería más bien gratuito.

Por ejemplo, Diego le dedica un sumo interés a su coche. Llega a soñar que su carro se descompone, y esto le causa gran agitación durante todo el día. Cuando siente el impulso de robar algo [ver la primera problemática, en cuanto al padre], se trata a veces de dinero que se topa en la casa, o en la escuela, a veces de celulares que sus dueños descuidan, pero por lo general son accesorios para el coche. Aquello que le impide robar es un temor a que le roben el automóvil, o una parte de éste, o que se le descomponga por “karma” o alguna forma de retribución divina. Se refiere al coche como si fuese una parte de sí; lo que le sucede al coche, es como si le sucediera a su cuerpo; el tiempo dedicado al auto es tan intocable como aquel que guarda para el gimnasio.

El siguiente punto importante son los casos que él maneja; como estudiante del área clínica, él también atiende un par de pacientes en la U.S.P. Discursiva, a menudo, sobre cómo se

le facilita mucho más trabajar con niños, ya que sus pacientes adolescentes le causan un dolor de cabeza. ¿Por qué? Porque hablan de cosas que a él no le llaman la atención. Además, le molesta que le demanden “interés”, como el lo llama: cuando un paciente adolescente deja de asistir, y según su supervisora él debe llamarles por teléfono para volver a agendar una cita. Según el punto de vista de Diego, son ellos los que deben mostrar el interés, no él.

El tema del interés se presenta anudado, principalmente, a sus discusiones con Diana y con Berenice, las cuales le demandan, igualmente, interés. Pero está atención da la impresión de repartirse sobre todo de Diego para Diego: sea que se trate de su coche, de su cuerpo, o de sus prerrogativas.

Por último, Diego menciona en más de una ocasión su miedo a exponer en clase: siente que va a equivocarse, no cree saber lo suficiente o ser lo suficientemente inteligente. Esto le lleva a devaluar en su discurso a un muchacho bastante erudito de su salón el cual, se encarga de repetir, “está bien feo”. Esta inseguridad lo lleva también a devaluar el conocimiento, en general, y a decidir dedicarse mejor a ser un entrenador de gimnasio.

### **3.7 Sobre la suspensión del tratamiento**

Conforme transcurren las sesiones de octubre y noviembre, Diego se muestra cada vez más reacio a asociar libremente. Parecería que, como en los primeros meses del tratamiento, lleva a sesión una lista de temas para relatar, y va pasando de uno a otro, esperando alguna reacción de parte del terapeuta, alguna intervención pertinente. A diferencia del inicio del tratamiento, sin embargo, no se queja de que no se le ocurre nada, sino que simplemente brinca a un tema distinto para platicar.

Cuando se le hace notar esto, responde, como es usual ante ciertas intervenciones, que el terapeuta tiene razón, y que él no lo había pensado así. Es la impresión inicial que éste es precisamente el problema de que asista debido a una exigencia institucional, ya que ha solucionado si síntoma y no tiene demanda alguna; ilusamente, no le pasa por la mente al terapeuta que más bien se trata de una resistencia, y que a esas alturas del tratamiento la demanda de análisis debiese sostenerse por sí misma. La decisión que Diego toma de suspender el tratamiento es suya, pero habrá que observar por qué se le ocurre en ese momento.

Las sesiones del 18, 22 y 25 de noviembre las cancela; para la primera, avisa que tiene una entrevista de trabajo, y para las otras que ha empezado a trabajar y el horario coincide con el de las sesiones. La última sesión llega avisando que la razón por la que había estado batallando para agendar una cita era porque sabía que iba a ser una despedida, y no le gustan las despedidas; de igual manera que no le gustan ni las graduaciones ni los funerales, y por eso prefiere faltar a ellos [ver el final de la problemática de la familia].

Los funerales le provocan risa: es la angustia del final, de lo imposible de simbolizar, vuelta algo ligero, un chiste.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diego explica que obtuvo trabajo como entrenador en un gimnasio; consiguió que lo entrevistaran gracias a Berenice. Como ya se va a graduar en diciembre, y luego de eso empezará su servicio social, y ya que vive en el municipio de Guadalupe, y el trabajo es al sur de Monterrey, lo más probable es que tenga que dejar el tratamiento. Se le reitera que es suya la decisión de suspender, pero que sería bueno comprender por qué sería así; las razones que aduce son convincentes, pero bien podría acomodarse de otra forma.

A esto responde que no sabe realmente por qué. Quizá se deba a que ya no tiene pacientes, y él mismo decidió desde el principio que esa era la razón por la que asistiría. Sería más bien por el tiempo; su trabajo de instructor, y su rigurosa disciplina de ir al gimnasio, no le permitirían otra cosa. No sabe por qué dejaría su espacio (venir a análisis), pues es algo suyo. Pero bajo ningún concepto dejaría de ir al gimnasio, por ejemplo.

Se le recuerda que esa es la misma discusión que suele tener con Berenice: dejar de ir o no al gimnasio.

Reflexiona que sí, que es “otra vez el gym”. Es un vicio: el que tomó el lugar del cigarro, cuando dejó de fumar. Si falta al gimnasio, se siente mal; deben ser cinco días a la semana, sin excepciones. Platica un poco más sobre sus preocupaciones del gimnasio, sobre el peso ideal al que desea llegar, y esas metas que se ha puesto, por las cuales no puede dejar de asistir.

Otra razón que se le ocurre, por la cual dejaría de venir a análisis, es el dinero. Con el dinero que paga en la clínica podría hacer muchas otras cosas. Su coche lleva mucho tiempo descompuesto, pero no tiene ni el dinero ni el tiempo para llevarlo a arreglar; su único día libre es el domingo, y ese día el taller está cerrado. El sábado le pertenece a Berenice. No hay tiempo; no puede llevar el carro.

El terapeuta interviene:

*Pero eso que mencionas es algo tan sencillo: el problema del tiempo. Podrían solucionarlo fácilmente; por ejemplo, van juntos tú y Berenice al taller en sábado. Pero ese no es el punto. El punto es, como has dicho, el problema de lo que es tu tiempo y lo que es el tiempo de Berenice. En este caso es tu coche, tu gimnasio. Es como lo que decías hace varias sesiones: tu familia directa, tu carro, tu cuerpo, te importan un 100%; lo demás, un 10%.*



Diego replica:

*Sí, Lic., el otro día la supervisora me regañó por eso... Me dijo que al parecen no me importan mis pacientes, que no me intereso en ellos. Y al chile que no. La verdad me dan igual... y sí, me dan igual.*

“Pero también has dicho que te importa hacer las cosas bien”, se le recuerda.

Responde que sí, es cierto; aunque la verdad nunca le gustó eso de ver pacientes, y se siente mucho mejor ahora que está donde siempre ha querido estar: trabajando como entrenador personal en un gimnasio. Narra las ventajas del lugar donde va a empezar a trabajar, y el terapeuta le dice que suena muy distinto cuando habla de “su vicio” al fumar y “su vicio” de ir al gimnasio: en el segundo caso, si no cumple, falla. ¿Pero a quién le falla?

Indica que se falla a sí mismo, tras lo cual guarda silencio unos momentos. Recuenta, luego, que le da flojera dar de baja a sus pacientes en el sistema de la U.S.P., y cómo ha de ser similar para su terapeuta. Ha estado pensando que no le gustaría asistir con otro; pero sabe que no el terapeuta no es de Monterrey, y que tarde o temprano quizás se vaya. Ha fantaseado que podría ir a visitarlo a su ciudad natal para tener una sesión al mes, por lo menos; de igual manera, imagina la forma en que podría mantenerse en contacto con él, en caso de que algo le ocurriese a su celular. Como él no tiene un horario fijo de trabajo, aún, ni siquiera supone cómo podría acomodarse el regresar, eventualmente.

Agradece los cambios que ha vivido a lo largo del tratamiento; sobre todo, el hecho de que ahora puede “coger a gusto”. De hecho, describe una escapada con Berenice a un hotel lujoso. Finalmente, habla sobre su graduación: sobre los planes de fiesta con su amiga Yunuén, y sobre cómo Mari, su ex-“free”, la cae mal ahora. No piensa asistir a su graduación; de la misma manera en que prefiere no ir a funerales o despedidas de cualquier tipo.

Se le señala que es precisamente en esos momentos, las despedidas, cuando él puede encontrarse vulnerable, y que eso es lo que le causa angustia. Expresa por última vez, como muchas veces lo había hecho antes, que “no lo había visto así”; el tiempo se termina, y sus ojos se llenan de lágrimas. Antes de partir, exclama que ya le cayó el veinte: no le gusta despedirse porque no quiere llorar. Se le recuerda que la puerta se queda abierta, y finaliza la sesión.

#### **4. Síntesis**

La histeria engendra una complejidad de síntomas y patrones interpersonales particulares en el individuo histérico. En el caso de Diego, podemos ver cómo entra en escena un sujeto seguro de sí, pero con un secreto: la impotencia. Al momento en el que él, que se considera bien parecido y un buen partido en general, se ve enfrentado con esta barrera incontestable, considera que la elección de ir a una terapia psicoanalítica podía serle de provecho.

Existe tanto del material que probablemente hubiese llevado a otros senderos interpretativos; resulta una lástima que no se hayan proseguido. Por ejemplo: ¿porqué observar el condón precisamente causaba la pérdida de la erección? Diego refiere que fue la primera vez, esa que no logró consumir totalmente, la que determinó su síntoma. ¿Pero por qué?

En otro ámbito: ¿qué ocurre con la familia? ¿Qué, precisamente, llevó a los padres a separar el lecho matrimonial? ¿Hubo alguna época en que padre y madre conviviesen amorosamente? ¿Fueron cada uno de sus hijos planeados o deseados? Por último: ¿qué papel juega el abuelo fallecido, el padre de la madre? ¿Qué papel jugaron los padres del papá?

Pero se lograron hilvanar ciertas líneas de estructuración subjetiva, en el tratamiento. Diego N., enfrentado con su inadecuación, con su falta (lo consideraba, de chico, “un ñoño”) dirige sus primeros amores a mujeres mayores que él. La primera con la que tuvo relaciones

sexuales era mayor; la muchacha de Puebla, también. Fue esta última la que le mostró qué era deseable: un hombre musculoso, erigido todo su cuerpo como un falo. Se reaviva el “abandono” de la madre por Andrés; quizá por el padre, también, en otra época; en fin, se abandona a Diego por otro hombre. Para él, el póster de Schwarzenegger abre el camino de la identificación fálica, pero también el de la identificación histérica-homosexual: si esa mujer sabe lo que es deseable, quizá también él debiese desearlo. Se toma, este sendero, de los juegos eróticos con el primo durante la infancia, y culminan en el acto con el desconocido en su coche.

Diego busca a la mujer, pero le huye a la vez; cuando logra tenerla a su lado, la degrada, como a Berenice, que “siempre está engruesándola”; pero no engruesa lo que desearía engruesar; no provoca una erección en Diego. Porque en cuanto se da de bruces con la falta de su pareja, Diego no puede más que declarar “yo no lo tengo”, o precipitar el resultado final por medio de la eyaculación precoz.

Todo esto lo cual regresa, a Diego, por el camino tranquilizador de la tentativa homosexual, del narcisismo; pero se topa entonces con el castigo del padre, con la mirada que no puede igualar, que lo avergüenza. Y vienen “los putazos”, el castigo para “los putos”. Y le dirige la pregunta al padre, y se la dirige al psicoanalista: ¿qué soy, entonces?

El último sueño de Diego es paradigmático:

Está en un coche, discutiendo con Berenice. Berenice, la que le enoja como le enojó Diana que le dejó por otro; que le enoja como Fabiola, que le dejó por otro; como su madre, que prefirió a otro.

Está en un coche, como con el desconocido.

Está en un coche, como al que tanto esmero le dedica.

Decide salir del coche.

Va en búsqueda de Antonio, el amigo homosexual; aquel que aparentemente disfruta de los juegos que disfrutó él mismo con su primo.

Le pregunta a varios hombres, ¿dónde está Antonio?

Encuentra a Antonio; platica con él; es Antonio quien le pide que lo siga.

Diego recuerda a Berenice, recuerda a la mujer, le preocupa y decide volver.

Es, finalmente, la falta lo que angustia a Diego profundamente. Lo angustia de tal manera que, cuando otro primo suyo fallece, empieza a reírse descontroladamente, como en un ataque genuino y clásicamente histérico. La idea de las personas vestidas de negro le causa gracia, pero es una gracia inquietante. Pero así como le huye a las despedidas, Diego, también las provoca: al estar con Diana pero estar con Mari, la aleja. Al mostrarse agresivo con Berenice, expresa desear que lo abandone.

Y suspende, al final, el análisis. Ya no tan seguro de sí mismo, se suelta en lágrimas al partir del cubículo. Fue, como antes, también un abandono; pero se espera que el proceso haya sido lo suficientemente contenedor y esclarecedor para que sea, al menos, el primer intento de analizarse, y que le sigan más.

## Capítulo 5. Conclusiones y Discusión

Cabe reiterar que, durante el tratamiento, el terapeuta era incapaz de conceptualizar y fundamentar precisamente por qué se trataba de una histeria, y le resultaba complicado apreciar más allá de la fenomenología narcisista del paciente. Muchos factores influyeron para que así fuese: la formación previa como psicólogo “general”; el poco tiempo transcurrido en un análisis propio, como para vivenciar y extrapolar las vicisitudes del proceso; la poca familiaridad con las distinciones entre las estructuras clínicas... etc. Asimismo, la mayoría de —pero no todas— las aclaraciones clínicas delimitadas en los cuadros fueron momentos de *eureka* posteriores al momento en el que eran relevantes al tratamiento.

Se puede observar, también, como al inicio las intervenciones del terapeuta son más bien dubitativas, casi de huida hacia la neutralidad. Una cosa es el silencio operante del analista; una cosa es devolver las palabras del paciente, como eco, para que elabore algún punto en cuestión; pero otra muy diferente es pretender ser literalmente neutral, la luna de un espejo inmaculado. Ése es el ideal, y el ideal de una época específica del psicoanálisis; hoy en día, se sabe que el proceder es distinto a esa anécdota chusca de cierto analista que poseía varios juegos de exactamente la misma vestimenta.

Y es el que el psicoanálisis no es un recetario para acceder al inconsciente; no es un compendio de fórmulas rígidas destiladas con el tiempo. Ya que su objeto no es otra cosa que la subjetividad, la determinación inconsciente de cada sujeto sexuado, sus métodos deben tomar en cuenta profundamente la eminente particularidad de todo sujeto. Lo cual no significa, por supuesto, que tampoco existan universales: es, después de todo, un modelo de intervención.

Fructífera paradoja, la del psicoanálisis, posicionándose entre lo particular y lo universal de esa manera.

Se encuentra el analista, en consecuencia, profundamente inmerso en el proceso terapéutico, e intentar borrarle de él sólo puede resultar en un desastre. Si algo ha aprendido quien esto escribe, a lo largo de estos años desde el inicio de la maestría, es que al hacer psicoanálisis el analista no desaparece, sino que toma en cuenta todo lo que le pertenece para poder diferenciarlo de aquello que es más bien del paciente. He ahí la etimología de la palabra neutro: *ne uter*, ni uno ni otro. Ni el extremo de la desaparición del analista, ni el extremo del involucramiento sugestivo, sino que entre estos dos.

Las interpretaciones, a lo largo del tratamiento, se vuelven cada vez más intrépidas; no particularmente riesgosas, sólo que resultaba una impresión ineludible del terapeuta de que se encontraba “pisando hielo delgado”. Este miedo fue poco a poco perdiéndose, a favor de interpretar no para “encontrar la verdad”, sino para generar más discurso por parte del paciente. En ocasiones, las interpretaciones un poco menos conservadoras producían asociaciones que, en apariencia, nada tenían que ver con lo interpretado, pero que fungían como respuesta inconsciente relacionada al conflicto pertinente.

El paciente, finalmente, demuestra ciertos resultados a la intervención, por más dubitativa que esta fuese. El síntoma desaparece totalmente. Se integran esas tendencias homosexuales, quizás en vías a demostrarse eventualmente por lo que en realidad son; de salir a mirar transexuales como si de un espectáculo se tratase, para luego golpear hombres, Diego empieza a genuinamente amistarse con un homosexual. Y, a pesar de que la agresividad se agudizaba con Berenice, al menos Diego gradualmente estaba ahí, presente con ella, y no en el “estar-no-estar”. Cambios de grado nimio, quizás, pero cada poquito ayuda.

Todo esto, como fue mencionado en la introducción, no hubiese sido en lo más mínimo posible sin el inicio de la formación en la Maestría de Psicología Clínica. Por trillado que pudiese considerarse la afirmación, es veraz. A pesar de tratarse de una institución, y a pesar de que el caso estaba mediado por esta misma, se tabulan las implicaciones, se consideran los riesgos y las ventajas, y se obtiene un resultado ampliamente satisfactorio. Para quien esto escribe, de origen foráneo, Monterrey es sinónimo de inicio en la formación psicoanalítica, y plataforma a una perpetuación de la misma.

## Referencias

- Dor, J. (2009). *Estructura y Perversiones*. (Mizraji Margarita, trad.) Barcelona: Gedisa. (Trabajo original publicado en 1987).
- Dor, J. (2006). *Estructuras Clínicas y Psicoanálisis*. (Víctor Goldstein, trad.) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1991).
- Evans, D. (2008). *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. (Jorge Piatigorsky trad.) Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1996)
- Freud, S. (2004). Carta 69. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 301-302). Buenos Aires: Amorrortu.  
(Trabajo original publicado en 1897)
- Freud, S. (12006). Comunicación Preliminar. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 27-43). Buenos Aires: Amorrortu.  
(Trabajo original publicado en 1893)
- Freud, S. (2005) Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 157-184). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1896)
- Freud, S. (2005). Fragmento de Análisis de un Caso de Histeria. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 1-103). Buenos Aires: Amorrortu.  
(Trabajo original publicado en 1905)
- Freud, S. (2005). *Tres ensayos de Teoría Sexual*. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu.  
(Trabajo original publicado en 1905)



- Freud, S. (2006). Las Fantasías Histéricas y su Relación con la Bisexualidad. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 9, pp. 137-147). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1908)
- Freud, S. (2006). Apreciaciones Generales Sobre el Ataque Histérico. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 9, pp. 203-212). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1909)
- Freud, S. (2006). Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 53-127). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1910)
- Freud, S. (2006). Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 155-168). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1910)
- Freud, S. (1912). Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 169-183). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1910)
- Freud, S. (2008). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia Paranoides) descrito autobiográficamente. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 1-76). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1911)
- Freud, S. (2008). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 107-119). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1912)

- Freud, S. (2008). Sobre la iniciación del tratamiento. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 121-144). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1913)
- Freud, S. (2008) Introducción del narcisismo. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914)
- Freud, S. (2007). 28ª conferencia de introducción al psicoanálisis. (José Luis Etcheverry, trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 408-421). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. Y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta ed.). McGraw-Hill, México.
- Hipócrates. (1988) *Tratados Hipocráticos, T. IV*. Madrid: Gredos. (Obra clásica).
- Ingenieros, J. (1904) *Los Accidentes Histéricos y las Sugestiones Terapéuticas*. Buenos Aires.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (2005). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós, Buenos Aires. (Trabajo original publicado en 1967).
- Rodrigué, E. (1996) *Sigmund Freud. El Siglo del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Sudamerica.
- Sydenham, T. *Selected Works* [en línea]. (Traducción propia) Disponible en:  
[http://archive.org/stream/selectedworksoft00syde/selectedworksoft00syde\\_djvu.txt](http://archive.org/stream/selectedworksoft00syde/selectedworksoft00syde_djvu.txt)